



Escola Superior de Educação João de Deus

Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em

Domínio Cognitivo-Motor

**Conhecimentos dos professores do ensino regular
sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção**

Carla Sofia de Sousa Lourenço Batista Gonçalves Rodrigues

Lisboa, março de 2013

Escola Superior de Educação João de Deus
Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em
Domínio Cognitivo-Motor

**Conhecimentos dos professores do ensino regular
sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção**

Carla Sofia de Sousa Lourenço Batista Gonçalves Rodrigues

Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação João de Deus com vista à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor sob a orientação da Professora Doutora Cristina Gonçalves.

Lisboa, março de 2013

Resumo

A Perturbação de Hiperatividade com Défice Atenção (PHDA) é uma perturbação do comportamento que se caracteriza pela hiperatividade, impulsividade e défice de atenção, afetando diversas áreas da vida das crianças e jovens. As crianças com PHDA apresentam défices na aprendizagem, problemas de relacionamento social e dificuldades no cumprimento de regras e normas sociais. As pessoas que lidam com os indivíduos com PHDA também são afetadas, pois estão sujeitas a níveis de stress elevados, em especial, as suas famílias.

A utilização de fármacos deixou de ser vista como o único método de intervenção na PHDA, pois os estudos realizados acerca desta perturbação concluíram que a medicação é mais bem-sucedida quando combinada com outros métodos de intervenção (intervenção na escola, acima de tudo), que passam pela atuação de uma equipa multidisciplinar (atuação conjunta de pais, professores e pessoal médico e técnico). Só uma atuação conjunta poderá representar melhorias em todos os aspetos da vida dos jovens com PHDA.

O presente estudo pretendeu aferir quais os conhecimentos de estratégias de intervenção por parte dos professores do ensino regular para lidarem com alunos com PHDA, permitindo-nos concluir que os professores, de forma geral, utilizam estratégias adequadas para lidar com os comportamentos disruptivos destes alunos. No entanto, têm ainda de aprender a usá-las de forma adequada a cada situação e de obter formação sobre PHDA, de forma a minimizar as consequências dos comportamentos disruptivos dos jovens que sofrem desta perturbação, pois cada vez mais se reconhece clinicamente que há uma necessidade de intervir junto dos alunos com PHDA, de forma a permitir uma melhor inclusão social e educativa.

Palavras-Chave: PHDA, hiperatividade, impulsividade, comportamentos disruptivos, intervenção, equipa multidisciplinar.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a behavioural disorder known by excessive hyperactivity, impulsiveness and deficit in attention, affecting several areas of children's and youngster's life. Children with ADHD present learning deficits, social relationship problems and find hard to accomplish social laws and rules. People that work and live with individuals with ADHD are also affected, thus they are exposed to high stress levels, specially their families.

The use of drugs is no longer seen as the unique intervention method in ADHD, since it has been concluded by some research that drugs are well succeeded in treating this disorder when combined with other intervention methods (above all methods-the intervention in schools), such as the work of a multidisciplinary team (combined work between parents, teachers, doctors and other technician). Only multidisciplinary team work can mean success.

The present study intended to evaluate the teachers' knowledge on intervention strategies to deal with ADHD students, letting us conclude that, in general, they use the correct strategies to deal with students' disruptive behaviour. Although, they have to learn to use them properly in each situation and they have to have training sessions on ADHD, to help diminish the consequences of disruptive behaviour, since it's clinically relevant to act closely with students with ADHD in order to allow a better social and educative inclusion.

Key-words: ADHD, hyperactivity, impulsiveness, disruptive behaviour, intervention, multidisciplinary team.

Agradecimentos

Este estudo resulta do contributo de todos os que me ajudaram. A todos e a cada um dirijo o meu agradecimento por tornarem possível a realização da presente dissertação.

À Escola Superior de Educação João de Deus, na pessoa do Professor Doutor António Ponces de Carvalho, a quem agradeço a oportunidade de realizar esta dissertação.

À Professora Doutora Cristina Gonçalves, pela sua disponibilidade, amabilidade, orientação e supervisão científica.

Ao meu pai, à minha tia, à minha prima e ao meu irmão agradeço todo o apoio e amor, sobretudo nos momentos mais difíceis.

Ao meu marido, Miguel, agradeço por todo o apoio, paciência e amor que me deu, que tornaram possível mais esta etapa da minha vida.

Abreviaturas

AAP- American Academy of Pediatrics.

AACAP- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

ADHD ou **AD/HD**- Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

AHA- Assessment of Hyperactivity and Attention.

APA- American Psychological Association.

APA- American Psychiatric Association.

APCH- Associação Portuguesa de Pessoas com Perturbação de Hiperatividade.

CAT- Children Apperception Test.

CBCL- Child Behavior Checklist.

CHADD- Children and Adults with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder.

CID-10- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde- 10ª. revisão.

CRS- Conner's Rating Scales.

DB- Depressão Bipolar.

DDA- Distúrbio do Défice de Atenção.

DDAH ou **DDA/H**- Distúrbio de Défice de Atenção e Hiperatividade.

DRD4/D4- Dopamine Receptor D4.

DSM-II- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 2ª. edição.

DSM-III-R- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 3ª. edição, revista.

DSM-IV- TR- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª. edição (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

EUA- Estados Unidos da América.

H- Hipótese

HSQ- Home Situations Questionnaire.

MINI- Mini International Neuropsychiatric Interview.

NIMH- Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA.

PAG- Perturbação da Ansiedade Generalizada.

PC- Perturbação de Conduta.

PHDA- Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

POC- Perturbação Obsessivo-Compulsiva.

POD- Perturbação de Oposição e Desafio.

QI- Quociente de Inteligência.

SNAP-IV- Escala para avaliação da PHDA de Swanson, Nonam e Pelham.

SNC- Sistema Nervoso Central.

SPECT- Single Photon Emission Computer Tomography.

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences.

SSQ- School Situations Questionnaire.

ST- Síndrome de Tourette.

TAT- Thematic Apperception Test.

TEACCH- Treatment and Education of Autistic and Related Communication handicapped Children.

TDH- Transtorno do Défice de Atenção e Hiperatividade.

TDHA- Transtorno de Défice de Hiperatividade e Atenção.

TRF- Teacher Report Form.

VD- Variável Dependente.

VI- Variável Independente.

WAIS- Weschler Adult Intelligence Scale.

WCST- Wisconsin Card Sorting Test.

WISC- Weschler Intelligence Scale for Children.

YSR- Young Self Report.

Índice Geral

Resumo.....	IV
Abstract	V
Agradecimentos	VI
Abreviaturas	VII
Índice Geral	- 9 -
Índice de Tabelas	- 12 -
Índice de Gráficos	- 16 -
Introdução.....	- 17 -
Parte I - Enquadramento Teórico.....	- 19 -
Capítulo 1: Revisão da Literatura	- 20 -
1.1. Definição de PHDA.....	- 21 -
1.2. Subtipos de PHDA.....	- 26 -
Capítulo 2: Perspetiva histórica da PHDA	- 32 -
2.1. História da PHDA.....	- 33 -
Capítulo 3: Etiologia da PHDA	- 36 -
3.1. Epidemiologia e Etiologia	- 37 -
Capítulo 4: Diagnóstico da PHDA.....	- 52 -
4.1. Diagnóstico.....	- 53 -
Capítulo 5: Comorbilidades associadas à PHDA.....	- 63 -
5.1. Comorbilidades.....	- 64 -
5.1.1. Perturbação de Oposição.....	- 64 -
5.1.2. Perturbação do Comportamento	- 66 -
5.1.3. Depressão	- 67 -
5.1.4. Perturbação da Ansiedade	- 68 -
5.1.5. Dificuldades de Aprendizagem	- 70 -

Conhecimentos dos professores do ensino regular sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção	
5.1.6.	<i>Perturbação de Tourette</i> - 72 -
5.1.7.	<i>Abuso de Drogas</i> - 74 -
5.1.8.	<i>Problemas Emocionais</i> - 75 -
5.1.9.	<i>Problemas Motores</i> - 76 -
Capítulo 6: Diagnóstico Diferencial - 77 -	
6.1.	<i>Diagnóstico Diferencial</i> - 78 -
Capítulo 7: Avaliação da PHDA..... - 80 -	
7.1.	<i>Avaliação</i> - 81 -
Capítulo 8: Intervenção na PHDA - 87 -	
8.1.	<i>Intervenção</i> - 88 -
8.1.1.	<i>Tratamento de tipo farmacológico</i> - 89 -
8.1.2.	<i>Tratamento de tipo não farmacológico</i> - 98 -
8.1.3.	<i>Tratamento psicossocial</i> - 99 -
8.1.4.	<i>Intervenção na Escola</i> - 105 -
Capítulo 9: A PHDA em adultos - 116 -	
9.1.	<i>A PHDA em adultos</i> - 117 -
9.2.	<i>Avaliação e Intervenção na PHDA em adultos</i> - 123 -
Parte II - Tratamento Empírico..... - 127 -	
Capítulo 10: Metodologia de Investigação..... - 128 -	
10.1.	<i>Introdução</i> - 129 -
10.2.	<i>Revisão Histórica</i> - 129 -
10.3.	<i>Questão de Investigação</i> - 131 -
10.4.	<i>Objetivos</i> - 131 -
10.4.1.	<i>Objetivo geral</i> - 131 -
10.4.2.	<i>Objetivo específico</i> - 132 -
10.5.	<i>Hipóteses e Variáveis</i> - 132 -
10.6.	<i>Caracterização da amostra</i> - 134 -
10.7.	<i>Metodologia de recolha e análise dos dados</i> - 137 -

Capítulo 11: Apresentação e discussão dos resultados	- 140 -
11.1. <i>Apresentação dos resultados</i>	- 141 -
11.2. <i>Discussão dos resultados</i>	- 238 -
Capítulo 12: Limitações ao estudo.....	- 250 -
12.1. <i>Limitações do estudo</i>	- 251 -
Capítulo 13: Ética da Pesquisa	- 254 -
13.1. <i>Ética da Pesquisa</i>	- 255 -
Conclusão	- 257 -
Linhas futuras de investigação	- 258 -
Bibliografia.....	- 259 -
Apêndice	CCLXVIII
Apêndice 1 - Questionário.....	CCLXIX
Anexos	CCLXXI
Anexo 1 - Número de pessoal docente da EBSAAS	CCLXXII
Anexo 2- Número de alunos da EBSAAS	CCLXXIV

Índice de Tabelas

Tabela 1. Perfis dos dois tipos de PHDA	- 28 -
Tabela 2. Sintomas da PHDA.....	- 28 -
Tabela 3. Funções executivas do cérebro com os sintomas correspondentes de PHDA	- 51 -
Tabela 4. Estratégias de intervenção na escola para alunos com PHDA	- 110 -
Tabela 5- Caracterização da amostra	- 135 -
Tabela 6- Contagem das respostas por género	- 135 -
Tabela 7- Contagem das respostas por idade.....	- 136 -
Tabela 8- Caracterização da amostra pelo tempo de anos serviço.....	- 136 -
Tabela 9- Caracterização da amostra pelo nível de ensino.....	- 137 -
Tabela 10- Sexo vs. Nível de Ensino	- 141 -
Tabela 11- Sexo vs. Anos de serviço	- 141 -
Tabela 12- Sexo vs. Idade	- 142 -
Tabela 13- Escola vs. Sexo.....	- 143 -
Tabela 14- Escola vs. Idade.....	- 143 -
Tabela 15- Escola vs. Anos de serviço.....	- 143 -
Tabela 16- Resultados da pergunta 1	- 145 -
Tabela 17- Sentar ao lado de colega	- 145 -
Tabela 18- Ajudar o aluno de forma individual.....	- 146 -
Tabela 19- Dividir o trabalho em partes pequenas	- 146 -
Tabela 20- Reduzir a quantidade de TPC.....	- 147 -
Tabela 21- Professor repreende o aluno	- 147 -
Tabela 22- A minha ação é irrelevante.....	- 148 -
Tabela 23-Teste T- Student e Teste de Levene.....	- 149 -
Tabela 24- Média de respostas na pergunta 1.....	- 150 -
Tabela 25- Resultados da pergunta 2	- 153 -
Tabela 26- Repreender	- 153 -
Tabela 27- Relembrar ao aluno as regras da sala.....	- 154 -
Tabela 28- Ensinar que deve levantar mão quando pretende falar	- 154 -
Tabela 29- Negociar com aluno uma recompensa	- 155 -
Tabela 30-Nada do que faça pode ter influência	- 155 -
Tabela 31- Teste T-Student e teste de Levene	- 156 -
Tabela 32-Média de respostas na pergunta 2.....	- 157 -
Tabela 33- Resultados da pergunta 3	- 160 -

Tabela 34-Mandar sair sala de aula	- 160 -
Tabela 35-Relembrar regras ao aluno	- 161 -
Tabela 36-Dar reforços positivos imediatos quando as cumpre	- 161 -
Tabela 37-Criticar o aluno por não se saber comportar	- 162 -
Tabela 38-Nada do que eu faça mudará a sua atitude	- 162 -
Tabela 39-Teste T-Student e teste de Levene.....	- 163 -
Tabela 40-Média de resposta na pergunta 3	- 164 -
Tabela 41- Resultados da pergunta 4	- 168 -
Tabela 42-Repreender o aluno.....	- 168 -
Tabela 43-Mandar sair da sala com falta disciplinar	- 169 -
Tabela 44-Explicar ao aluno as consequências dos seus atos.....	- 169 -
Tabela 45-Relembrar as regras da sala de aula.....	- 170 -
Tabela 46-Elogiar comportamentos adequados	- 170 -
Tabela 47-Não faço nada. Ignoro suas palavras e atitudes	- 171 -
Tabela 48- Teste T-Student e teste de Levene	- 172 -
Tabela 49-Análise das respostas por escola	- 173 -
Tabela 50- Análise das respostas por escola	- 174 -
Tabela 51-Análise das respostas por escola	- 174 -
Tabela 52-Análise das respostas por escola	- 174 -
Tabela 53- Média de respostas na pergunta 4.....	- 175 -
Tabela 54- Resultados da pergunta 5	- 178 -
Tabela 55- Colocar aluno com outro mais esperto que o incentive	- 178 -
Tabela 56-Ensinar aluno a manter-se focado e cumprir horários	- 179 -
Tabela 57-Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas.....	- 179 -
Tabela 58-Adequar extensão das fichas e testes	- 180 -
Tabela 59-Não faço nada. Retiro tarefa mal acaba tempo da aula.....	- 180 -
Tabela 60- Teste T-Student e Teste de Levene.....	- 181 -
Tabela 61-Contagem de respostas da pergunta 5.....	- 182 -
Tabela 62-Média de respostas na pergunta 5.....	- 182 -
Tabela 63-Contagem de respostas da pergunta 5.....	- 183 -
Tabela 64-Resultados da pergunta 6	- 185 -
Tabela 65-Irritar-me e dizer que deve estudar mais.....	- 186 -
Tabela 66-Permitir que ele consulte os apontamentos sobre matéria	- 186 -
Tabela 67-Utilizar estratégias de memória e mnemónicas.....	- 187 -
Tabela 68-Chamar mais vezes aluno ao quadro ou interrogar oralmente	- 187 -

Tabela 69-Ignorar aluno e faço a pergunta a outro	- 188 -
Tabela 70-Ensinar o aluno de que deve usar caderno	- 188 -
Tabela 71- Nada do que eu possa fazer poderá melhorar sua situação	- 189 -
Tabela 72- Teste T-Student e Teste de Levene.....	- 190 -
Tabela 73-Contagem de respostas na pergunta 6.....	- 191 -
Tabela 74- Média de respostas na pergunta 6.....	- 192 -
Tabela 75- Resultados da pergunta 7	- 194 -
Tabela 76-Dar uma tarefa diferente para o estimular.....	- 195 -
Tabela 77-Repreender porque não tem emenda	- 195 -
Tabela 78-Optar por sentar ao lado de um colega que o incentive	- 196 -
Tabela 79-Monitorizar aluno para controlar verificar qualidade trabalho.....	- 196 -
Tabela 80-Não faço nada.....	- 197 -
Tabela 81- Teste T-Student e Teste de Levene.....	- 198 -
Tabela 82-Contagem de respostas na pergunta 7.....	- 199 -
Tabela 83- Média de respostas na pergunta 7.....	- 199 -
Tabela 84- Resultados da pergunta 8	- 201 -
Tabela 85-Repreendê-lo	- 201 -
Tabela 86-Ser compreensivo e repetir a matéria.....	- 202 -
Tabela 87-Sentar mais à frente	- 202 -
Tabela 88-Falar num tom de voz mais elevado	- 203 -
Tabela 89-Entregar por escrito tudo o que é dito na aula.....	- 203 -
Tabela 90-Deslocar-me mais pela sala de aula para manter visibilidade	- 204 -
Tabela 91-Ignorar	- 204 -
Tabela 92-Teste T-Student e Teste de Levene	- 205 -
Tabela 93-Contagem de respostas na pergunta 8.....	- 206 -
Tabela 94-Contagem de respostas na pergunta 8.....	- 206 -
Tabela 95-Contagem de respostas na pergunta 8.....	- 207 -
Tabela 96-Contagem de respostas na pergunta 8.....	- 207 -
Tabela 97- Média de respostas na pergunta 8.....	- 208 -
Tabela 98- Resultados da pergunta 9	- 210 -
Tabela 99-Ser compreensivo e deixá-lo juntar-se a um colega	- 211 -
Tabela 100-Repreender e marcar falta de material	- 211 -
Tabela 101-Pedir colegas da turma para emprestarem material em falta	- 212 -
Tabela 102-Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes	- 212 -
Tabela 103- Teste T-Student e Teste de Levene.....	- 213 -

Tabela 104- Contagem de respostas na pergunta 9.....	- 214 -
Tabela 105- Contagem de respostas na pergunta 9.....	- 214 -
Tabela 106- Média de respostas na pergunta 9.....	- 215 -
Tabela 107- Média de respostas na pergunta 10.....	- 217 -
Tabela 108- Resultados da pergunta 10-Aluno deveria frequentar apenas aulas EE.....	- 218 -
Tabela 109-Teste T-Student e Teste de Levene.....	- 218 -
Tabela 110- Média de respostas na pergunta 10.....	- 219 -
Tabela 111- Teste T-One-Sample.....	- 219 -
Tabela 112- Média de respostas na pergunta 11	- 221 -
Tabela 113- Resultados da pergunta 11-Todos professores deveriam ter formação.....	- 221 -
Tabela 114- Teste T- Student e Teste de Levene.....	- 222 -
Tabela 115- Teste T-One-Sample.....	- 222 -
Tabela 116- Média de respostas na pergunta 12.....	- 224 -
Tabela 117- Resultados da pergunta 12-Integração melhora comportamentos académicos	- 225 -
Tabela 118- Teste T- Student e Teste de Levene.....	- 225 -
Tabela 119- Teste T-One-Sample.....	- 226 -
Tabela 120- Média de respostas na pergunta 12.....	- 226 -
Tabela 121- Média de respostas na pergunta 13.....	- 229 -
Tabela 122- Resultados da pergunta 13-A integração é benéfica para socialização.....	- 229 -
Tabela 123- Teste T- Student e Teste de Levene.....	- 230 -
Tabela 124- Média de respostas na pergunta 13.....	- 230 -
Tabela 125- Teste T-One-Sample.....	- 231 -
Tabela 126- Média de respostas na pergunta 14.....	- 233 -
Tabela 127- Resultados da pergunta 14-Devem tomar medicação melhorar comportamentos.	- 233 -
Tabela 128- Teste T-One-Sample.....	- 234 -
Tabela 129- Média de respostas na pergunta 14.....	- 234 -
Tabela 130- Teste T- Student e Teste de Levene.....	- 235 -
Tabela 131- Média respostas pergunta 14 vs. Se professores tiveram alunos com PHDA	- 236 -

Índice de Gráficos

Gráfico nº. 1- Percentagem de respostas obtidas	- 238 -
Gráfico nº. 2- Análise à pergunta 1	- 240 -
Gráfico nº. 3- Análise à pergunta 2	- 240 -
Gráfico nº. 4- Análise à pergunta 3	- 241 -
Gráfico nº. 5- Análise à pergunta 4	- 242 -
Gráfico nº. 6- Análise à pergunta 5	- 242 -
Gráfico nº. 7- Análise à pergunta 6	- 243 -
Gráfico nº. 8- Análise à pergunta 7	- 244 -
Gráfico nº. 9- Análise à pergunta 8	- 244 -
Gráfico nº. 10- Análise à pergunta 9	- 245 -
Gráfico nº. 11- Análise às perguntas 10, 11, 12, 13 e 14	- 246 -

Introdução

“Todos temos direito a ser iguais quando a diferença nos diminui e todos temos direito a ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.”

(Santos, 2001:193, citado por Rodrigues, 2003: 94).

O que se pretende com a presente dissertação é averiguar quais os conhecimentos que os professores do ensino regular têm para lidar com alunos com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), uma vez que esta perturbação afeta os jovens em idade escolar, estimando-se que entre 3 a 7 % das crianças em idade escolar sofram desta perturbação neurocomportamental (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007; cf. Coelho et al., 2010). A sociedade continua a apresentar um modelo de escola meritocrático (cf. Rodrigues, 2003), que nem sempre responde a todas as necessidades educativas. Porque a PHDA não é um problema novo (cf. Borril, 2000), importa descortinar os sinais identificadores desta perturbação para todos poderem melhor atuar e intervir.

Para responder às questões de investigação e verificar a aceitação das hipóteses apresentadas na presente dissertação foi entregue um questionário, com 14 perguntas sobre PHDA, ao corpo docente de uma escola situada no centro do Funchal, para posteriormente se estabelecerem comparações com um estudo realizado anteriormente numa escola de uma zona mais rural. Pretendeu-se verificar a aceitação ou refutação das hipóteses, com a aplicação do questionário em escolas diferentes da mesma região, com o objetivo de se comprovar quais os conhecimentos acerca da PHDA dos professores do ensino regular das escolas básicas e secundárias, em realidades diferentes (uma escola no centro do Funchal e uma numa zona mais rural) e em momentos diferentes (2009 e 2012).

Também se pretendeu estudar em que medida a utilização de medicação pode ser benéfica em termos pessoais e académicos para estes alunos, através da revisão da literatura e auscultando os professores do ensino regular, tendo por base a sua experiência profissional.

O modelo de escola atual não responde às necessidades prementes de uma sociedade em constante mudança. Torna-se, por isso, necessário mudar mentalidades e dar formação aos professores do ensino regular para que estes saibam como lidar com os comportamentos das crianças e jovens com PHDA, pois “não se «trata» a PHDA, aprende-se a lidar com ela e procura-se manter os seus sintomas dentro de limites que não se revelem muito gravosos para o próprio e para aqueles que com ele convivem.” (Lopes, 2003, citado por Rodrigues, 2008:9) e tendo sempre presente que “a PHDA «não tem cura» (...)” (Shelton e Barkley, 1995, citados por Rodrigues, 2008:9).

Os professores, muitas vezes perante um programa extenso, condições físicas e materiais desadequados, são chamados a ter mais uma responsabilidade: saber como atuar perante um aluno com PHDA, integrado nas turmas regulares. Estes alunos podem ser vistos como ameaçadores do equilíbrio da sala de aula, pois possuem um conjunto de comportamentos disruptivos, que põem em causa o bom ambiente na sala de aula.

Pelas razões apontadas, devem as escolas de hoje estar preparadas para receber alunos com diferentes necessidades educativas, de que são exemplo os alunos com PHDA, pois “devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas dos seus alunos, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem (...)” (Declaração de Salamanca, 1994:11).

Com os resultados obtidos no decurso desta investigação, pretendeu-se sensibilizar o corpo docente das duas escolas, incentivando os professores a procurar informação e formação sobre o tema e explicando quais as melhores práticas de intervenção para lidar com certos comportamentos dos alunos com PHDA.

Também se alertou para o facto de cada vez mais se ter de caminhar para uma linha de orientação homogénea na atuação com os alunos com PHDA, cujos direitos consagrados na lei portuguesa implicam que as mentalidades devem estar preparadas para a mudança e para promover o sucesso educativo de todos os alunos. Assim, deve-se “(...) valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino. Um aspecto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens.” (Decreto-Lei nº. 3/2008 de 7 de janeiro).

Parte I - Enquadramento Teórico

Capítulo 1: Revisão da Literatura

“A Hiperatividade ou Distúrbio de Deficit de Atenção por Hiperatividade (DDAH) é um distúrbio comportamental, não uma doença.”
(Jones, 2000:15).

1.1. Definição de PHDA

A Perturbação de Hiperatividade é uma perturbação neurocomportamental (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007) permanente, que surge na infância e se mantém na idade adulta. Está habitualmente associada ao Défice de Atenção, porque também este possui um conjunto de marcadores idênticos aos apresentados pela Hiperatividade, como por exemplo: falta de atenção, impulsividade, irrequietude, impaciência, facilidade de distração, falta de motivação, entre outros. Por esta razão, é frequente aparecerem diferentes designações, em diferentes autores, para designarem estes dois défices e as suas características comuns:

- DDA - Distúrbio do Défice de Atenção;
- DDAH - Distúrbio do Défice de Atenção e Hiperatividade;
- TDAH – Transtorno do Défice de Atenção e Hiperatividade;
- PHDA – Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção.

Recorrentemente surge a designação de DDA na maioria da literatura especializada na área, pois o défice de atenção é uma das características comportamentais comuns à hiperatividade e mais frequentemente associada a esta.

O DSM-IV-TR considera a seguinte designação: Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade, por haver características comuns ou aparecerem geralmente associadas.

O aparecimento desta perturbação deve-se, em parte, a fatores familiares e/ou genéticos, pensando-se que tenha uma causa hereditária. Como nos diz Antunes (2011:162) “ (...) sendo a PHDA uma disfunção de carácter genético é frequente um dos progenitores ter também um grau de impulsividade e baixa resistência à frustração (...).”

É também uma perturbação psicossocial (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007), pois afeta a qualidade de vida dos jovens nas dimensões psicológica e social, gerando comportamentos reveladores de baixa autoestima, de fraca integração e aceitação social, baixa resistência e frustração (cf. Antunes, 2011).

A Associação Portuguesa de Pessoas com Perturbação de Hiperatividade (APCH)¹ entende a PHDA como:

“Uma perturbação de desenvolvimento com carácter crónico, com base genética e neurológica. Esta perturbação interfere com a capacidade do indivíduo em regular e inibir o nível de actividade (hiperactividade), inibir comportamentos (impulsividade) e prestar atenção às tarefas. Estas alterações do comportamento são inapropriadas para o nível de desenvolvimento geral do indivíduo. As manifestações surgem em vários contextos (casa, escola, trabalho, actividades dos tempos livres) e interferem com o seu funcionamento adequado. As crianças experimentam as consequências negativas desses comportamentos em casa, nas relações com os colegas, no rendimento escolar e têm maior propensão para acidentes e comportamentos de risco. Se não houver tratamento apropriado, muitos destes problemas mantêm-se até à vida adulta podendo levar a uma maior frequência de conflitos conjugais, familiares e profissionais”. (Pinho, Mendes e Pereira, 2007:3).

Na opinião de Antunes (2011:144) a PHDA é “uma dificuldade na selecção dos estímulos relevantes, em manter a atenção orientada durante um período (...)”.

A PHDA, como é designada, é estudada há muitos anos. É detetada em idades muito jovens (Pré-escola ou Jardim de Infância), mas só é diagnosticada por volta dos 6 anos de idade, quando a criança entra na escola e lhe são exigidas competências que anteriormente não eram, como a aprendizagem e a integração com os seus pares. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007) Para que seja considerada como PHDA, os sintomas devem prolongar-se num período de 6 meses ou mais para que os sintomas/ marcadores sejam considerados válidos para classificação desta perturbação. Trata-se de uma das perturbações mais frequentes quando a criança atinge a idade escolar. Crê-se que atinge entre 3 a 7% das crianças nesta fase, segundo fonte da *American Psychological*

¹ Ver também a seguinte referência: Reabilitação Psicomotora. *Défice de atenção e hiperactividade-Psicomotricidade*. Acedido em 13 de julho de 2012, em <http://blog.comunidades.net/dah-psicomotricidade/index.php?op=arquivo&idtopico=3152143>.

Association-A.P.A.- 2002 (cf. Moura, 2008). A PHDA tem uma maior prevalência entre os elementos do sexo masculino, embora nas meninas seja diagnosticada mais tarde, por não apresentarem logo os sintomas característicos (cf. Moura, 2008).

A este propósito, Coelho et al. (2010:690) explicam que:

“Os estudos demonstram maior prevalência de TDHA no sexo masculino, no entanto, as meninas são em geral subdiagnosticadas, por apresentarem poucos sintomas de agressividade/impulsividade, baixas taxas de transtornos de conduta e alto nível de comorbidade de transtornos de humor e ansiedade.”²

As crianças/jovens com PHDA são frequentemente apelidados de problemáticos, inquietos, distraídos, desmotivados, indisciplinados, irresponsáveis, agitados, malcriados ou até pouco inteligentes, pois têm dificuldade em ficar quietos, concentrados e atentos. A criança ou adulto com PHDA vê a sua vida afetada e a dos que o rodeiam, pois os seus comportamentos, mesmo quando controlados, têm consequências nas relações sociais.

“(…) as crianças com Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (DDAH) têm dificuldade em ficar sentadas e parecem estar sempre a mexer-se (...), a brincar com os objectos que estiverem mais à mão e normalmente transmitem a sensação de serem impulsionadas por motores que não é possível desligar (...)”. Estas crianças “são frequentemente descritas como sendo muito activas e inquietas desde tenra idade, metendo-se em todo o tipo de sarilhos (...)” (Sosin e Sosin, 2006:43-44).

Esta perturbação é originada por um desequilíbrio químico dos neurotransmissores, originando alterações no comportamento. É, portanto, uma perturbação que afeta algumas estruturas cerebrais e que só pode ser normalizada quando se recorre ao uso de medicação. Habitualmente é administrada a Ritalina®, nome mais conhecido para o estimulante metilfenidato.

Selikowitz (2010:19-20) corrobora que a PHDA resulta: “de quantidades insuficientes de determinados mensageiros químicos no cérebro da criança. Os medicamentos administrados no tratamento (...) actuam ao restaurar os níveis normais destes mensageiros químicos (...)”.

² Dados citados dos artigos de Bangs, M., Hazell, P., Danckaerts, M., Hoare, P., Coghill, Dr., Wehmeier, P: Atomoxetine for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Pediatrics* 2006; 121 (2): 314-320; Biederman, J., Mick, E. e Faraone, S.: Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J. Psychiatry* 2000; 157 (5): 816-818.

No entanto, o uso de medicação não reúne consenso, pois o facto de “controlar” os comportamentos, também implica que a criança/adulto com PHDA passe a sua vida sob o efeito de uma droga, para além dos efeitos secundários associados à sua administração, como explanado adiante no capítulo dedicado à intervenção farmacológica.

Geralmente o diagnóstico desta perturbação é feito com base nos marcadores do DSM-IV-TR, embora nem sempre seja fácil. Antunes (2011:144) explica porque não é fácil, dizendo que “(...) a PHDA não tem um marcador biológico (...)”.

De acordo com o DSM-IV-TR, e segundo Kutscher (2011:34), a PHDA também designada de DDAH “consiste numa tríade de falta de atenção e/ou hiperactividade-impulsividade.”

No DSM-IV-TR são apresentados os seguintes critérios de diagnóstico (com adapt.):

“Critérios de Diagnóstico para o Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade:

A. Ou (1) ou (2)

1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) com frequência tem dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) com frequência não segue instruções e não termina os seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou remexe-se na cadeira;
- (b) frequentemente abandona a sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);
- (d) com frequência tem dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;
- (e) está frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo o vapor”;
- (f) frequentemente fala em demasia.

Impulsividade:

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar a sua vez;
- (i) frequentemente interrompe ou mete-se em assuntos de outros (por ex., intromete-se em conversas ou brincadeiras).”

Segundo Vásquez (in Bautista, 1997:160), as crianças com PHDA têm predominantemente:

- “falta de atenção;
- dificuldades de aprendizagem perceptivo-cognitivas;
- problemas de comportamento;
- falta de maturidade.”

Poderão surgir ainda outras características associadas como a impulsividade, a ansiedade e a dificuldade de relacionamento com os colegas.

Por sua vez, Vallet (1986), citado por Vásquez (in Bautista, 1997:160-161), considera:

“a hiperactividade como uma síndrome que engloba as seguintes alterações:

- movimento corporal excessivo
- impulsividade
- atenção dispersa
- inconstância nas respostas
- emotividade
- coordenação motora pobre
- dificuldades de aprendizagem (problemas na aritmética e na leitura e problemas de memória).”

Em suma, urge a preparação dos profissionais da educação - professores do ensino regular -, mediante a obtenção de formação e parcerias com os professores de Educação Especial para dar resposta às necessidades educativas das crianças/ jovens que integram o ensino regular, pois há cada vez mais crianças diagnosticadas com PHDA e que requerem um acompanhamento mais eficaz por parte de pais e professores, para um maior sucesso no controlo da PHDA, na promoção do sucesso académico e da integração social das crianças/jovens portadoras de PHDA.

Apesar de alguma falta de informação por parte dos professores do ensino regular, tem-se vindo a notar o crescente interesse em aprender mais sobre esta problemática, principalmente agora que se fala constantemente na escola inclusiva e para a qual todos os membros da comunidade educativa devem estar preparados.

Na conceção de Parker (2003:8): “Estão a ser tomadas medidas nas escolas no sentido de proporcionar programas educacionais adequados, de forma a melhorar a aprendizagem e o desempenho académico de alunos (...).”

1.2. Subtipos de PHDA

De acordo com o DSM-IV-TR, há três subtipos de PHDA (com adapt.):

- **“Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado**

Este subtipo deve ser considerado se seis (ou mais) sintomas de desatenção e seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-impulsividade persistem há pelo menos 6 meses. A maioria das crianças e adolescentes com o transtorno tem o Tipo Combinado.

- **Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento**

Este subtipo deve ser considerado se seis (ou mais) sintomas de desatenção (mas menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade) persistem há pelo menos 6 meses.

- **Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo**

Este subtipo deve ser considerado se seis (ou mais) sintomas de hiperatividade-

impulsividade (mas menos de seis sintomas de desatenção) persistem há pelo menos 6 meses. A desatenção pode, com frequência, ser um aspeto clínico significativo nesses casos.”

“O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos 6 meses.” (DSM-IV-TR).

Os três subtipos de PHDA podem resumir-se da seguinte forma:

- Tipo combinado (o mais comum);
- Tipo desatento;
- Tipo hiperativo-compulsivo.

Antunes (2011:150) reitera a definição proposta pelo DSM-IV-TR dizendo que:

“Se apenas os critérios de desatenção estiverem presentes, a PHDA define-se como do tipo «predominantemente desatento»; e se a estes se associarem sinais de hiperactividade chama-se do tipo «misto»; e se existirem apenas os de hiperactividade e impulsividade sem desatenção, o tipo é predominantemente «hiperactivo-compulsivo».”

Apesar do DSM-IV-TR ser considerado por muitos especialistas como um ponto de orientação, há estudiosos que agrupam os subtipos de PHDA apenas em dois: hiperatividade e impulsividade. O primeiro é definido como “estar sempre a mexer-se ou falar excessivamente (...) ou ter dificuldade em brincar calmamente.” E o segundo subtipo como, “falar bruscamente, ter dificuldade em esperar pela sua vez (...) ou interromper.” (Kutscher, 2011:34-35).

Também Selikowitz (2010:19-21) agrupa os subtipos em apenas dois: «desatento» e «hiperactivo-impulsivo» descrevendo-os nos seguintes quadros:

Tabela 1. Perfis dos dois tipos de PHDA

	TIPO DESATENTO	TIPO HIPERACTIVO-IMPULSIVO
IDADE DE APARECIMENTO	Mais tarde (escola primária ou secundário)	Cedo (infantário ou escola primária)
RÁCIO RPAZ/RAPARIGA	Rácio equilibrado	Maior número de rapazes
PRINCIPAL DIFICULDADE	Desempenho escolar	Comportamento
DESCRIÇÕES COMUNS	«Sempre ausente» «Nas nuvens»	«Age sem pensar» «Não consegue estar quieto e sentado»

Tabela 2. Sintomas da PHDA

TIPO DESATENTO	TIPO HIPERACTIVO-IMPULSIVO	PRESENTES EM QUALQUER DOS DOIS (COMUNS AOS DOIS)
Défice de atenção Tarefas incompletas Desorganização Esquecimento	Impulsividade Excesso de atividade Barulho	Inconsistência do desempenho Baixa auto-estima Memória ativa fraca Inadaptação social Inflexibilidade Instabilidade Comportamento desafiante Problemas de sono

Os diferentes subtipos tornam o diagnóstico da PHDA mais complexo, podendo obter-se uma grande variabilidade de comportamentos observados nestas crianças/ jovens.

Cada um destes subtipos é caracterizado pela maior prevalência de um dos défices: de atenção, de hiperatividade e/ou de impulsividade.

O Défice de Atenção é o que mais facilmente causa problemas na escola, pois a criança tem dificuldades em manter-se concentrada numa determinada tarefa ou parece estar sempre “nas nuvens”.

Segundo Parker (2003:9), uma criança com PHDA do tipo desatento apresenta as seguintes características, das quais seis devem ser confirmadas:

- “não presta muita atenção aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, nos trabalhos ou noutras atividades;

- tem dificuldade em fixar a atenção nas tarefas ou nas atividades lúdicas;
- parece não ouvir o que lhe dizem diretamente;
- tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- evita, não gosta ou mostra-se relutante em se envolver em tarefas que requerem esforço mental continuado (tal como trabalhos escolares ou trabalhos de casa);
- perde com frequência coisas necessárias para a realização das tarefas ou de atividades (por exemplo, brinquedos, trabalhos escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- distrai-se com facilidade e frequência com estímulos irrelevantes;
- esquece-se com frequência de atividades diárias.”

No entanto, apesar destes sintomas, Parker (2003:9) acrescenta que “estas crianças denotam possuir uma ampla reserva de atenção, quando realizam atividades que lhes são extremamente agradáveis (...).”

A criança com PHDA do tipo hiperativo-impulsivo apresenta, pelo menos, seis dos seguintes sinais de hiperatividade, segundo Parker (2003:10):

- “mexe excessivamente as mãos ou os pés, ou contorce-se na cadeira;
- na sala de aula, ou em outras situações em que se espera que permaneça sentada, levanta-se muitas vezes da cadeira;
- corre de um lado para o outro ou trepa a coisas de forma excessiva e em situações em que tal é inadequado;
- tem, com frequência, dificuldade em brincar ou em envolver-se em atividades de lazer, de forma sossegada;
- está quase sempre «de saída», ou age como se «movida a motor»;
- fala, muitas vezes, excessivamente.”

Segundo Sosin e Sosin (2006:37), a impulsividade é caracterizada pelos seguintes aspetos:

- “agir sem pensar;
- saltar de uma actividade para outra;
- desafiar ou dissuadir, interrompendo as conversas;
- ter dificuldade em esperar pela sua vez;
- expressar sentimentos ou ideias sem pensar – pode ser considerado brutalidade, falta de tacto ou mesmo insensibilidade;
- tomar decisões, incluindo decisões importantes, sem prever ou pensar nas consequências;
- agir com ousadia, sem medo ou em busca de emoções fortes – adoptando comportamentos perigosos sem reconhecer a necessidade de ter cautela;
- repetir comportamentos problemáticos – sem aprender com as experiências anteriores;
- alinhar em novas experiências sem ler primeiro as instruções nem verificar as indicações.”

As crianças/jovens com PHDA do Tipo Misto são as que apresentam maior complexidade de sintomas, pois para além da Hiperatividade, ainda têm associado o Défice de Atenção e muitas vezes a Impulsividade.

O facto de terem estas características comuns associadas provoca maior risco de comportamentos desviantes, em termos pessoais e sociais. Na verdade, as crianças/jovens do tipo hiperativo-impulsivo são geralmente difíceis de controlar, teimosas e desafiantes. Enfurecem-se com frequência e discutem com todos, recusam regras ou utilizam linguagem obscena ou de calão (cf. Parker, 2003).

Por terem comportamentos muitas vezes desafiantes apresentam também uma baixa autoestima, têm medo de falhar e, por isso, protelam atividades sempre que podem e têm elevados níveis de frustração.

Como dizem Sosin e Sosin (2006:100):

“É inevitável que todos os jovens com DDA corram o risco de crescer com uma auto-estima fraca. À medida que os anos passam, é normal o jovem passar por cada vez mais frustrações com o trabalho da escola, as desilusões, os problemas em fazer ou manter amigos, as repreensões frequentes dos adultos, os comentários de uma maneira geral negativos e uma vaga noção da sua natureza diferente.”

Selikowitz (2010:116) reitera dizendo:

“Os problemas emocionais ficam a dever-se aos mecanismos de inibição que se mostram incapazes de suprimir determinados pensamentos e sentimentos, do mesmo modo que a impulsividade se fica a dever à sua incapacidade de suprimir reacções instintivas, e a fraca concentração à sua incapacidade de suprimir estímulos externos. Os sintomas emocionais característicos deste distúrbio são uma baixa tolerância à frustração, preocupações, busca de emoções, humor irregular e excitabilidade excessiva.”

Antunes (2011:162-163) acrescenta que:

“A PHDA está associada a insucesso escolar, acidentes, depressão, uso de substâncias ilegais e muito sofrimento.” E vai mais longe dizendo “(...) que as consequências da PHDA não atingem apenas crianças e adolescentes. Também os adultos têm consequências graves. Nos EUA os números mostram:

- 2x risco de prisão;
- 47% aumento de probabilidade de 2 ou mais multas de excesso de velocidade num ano;
- 78% aumento de tabagismo;
- 58% uso ilegal de drogas;
- 2x aumento de divórcios;
- 2x aumento de grande instabilidade profissional.”

É necessário, pelos pontos de vista acima expostos, que haja um trabalho conjunto das escolas, professores e pais, de maneira a estimular a autoestima destes alunos, de forma positiva, garantindo-lhes oportunidades de sucesso, através de atitudes positivas, evidenciando os pontos fortes do aluno, tratando-o com respeito, elogiando-o, atribuindo-lhes responsabilidades, proporcionando-lhe oportunidades de escolha e de aprender com os seus próprios erros e, acima de tudo, servindo sempre como uma trave-mestra orientadora de todo o processo.

Capítulo 2: Perspetiva histórica da PHDA

2.1. *História da PHDA*

Inicialmente não se reconhecia a PHDA como entidade patológica, mas sim a DDA, que poderia ou não estar associada à hiperatividade.

A primeira referência à PHDA é feita em 1865 por um médico alemão, Heinrich Hoffman. No entanto, é George Still, que em 1902, apresenta como principal sintoma para a PHDA o “*défice de controlo moral*”, estudando crianças agressivas, desafiadoras e indisciplinadas. Verificou, através desse estudo, que estas crianças mantinham comportamentos agressivos e que poderiam entrar em confronto com os seus pares. Still observou que as crianças que estudava tinham problemas físicos, lesões cerebrais ou outros distúrbios associados. Concluiu que as lesões cerebrais ou de células cerebrais e o atraso mental poderiam levar as crianças a ter problemas de controlo moral. (Barkley, 2006:3-10).

Still e Tredgold foram os primeiros a estudar os comportamentos das crianças com PHDA. Still realizou vários estudos e concluiu que a incidência de comportamentos característicos desta perturbação era maior nos rapazes e que começavam a manifestar-se antes dos 8 anos de idade, às vezes até na infância. Também se debruçou sobre a influência que o alcoolismo, a criminalidade ou os problemas emocionais (depressão e suicídio) poderiam ter em crianças com PHDA e concluiu que havia uma predisposição biológica quando havia elementos na família que possuísem estas características. Acrescentou ainda ao seu estudo que, à PHDA, apareciam associadas outras comorbilidades, nomeadamente, tiques e Síndrome de Tourette. (Barkley, 2006:3-10).

Os estudos sobre PHDA prosseguiram e durante os anos de 1917-18, nos EUA, quando houve uma epidemia de encefalite, associaram as sequelas cerebrais resultantes da doença a comportamentos geralmente identificadores de PHDA.

Durante algum tempo, os vários estudiosos e investigadores criam que a PHDA estava intrinsecamente ligada a uma lesão cerebral, ainda que mínima. (Barkley, 2006:3-10).

Primeiramente, a PHDA era considerada uma perturbação neurológica. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007). Só mais tarde passou a ser entendida como uma perturbação neurocomportamental.

Em 1947, Strauss e os seus colaboradores apresentaram a primeira descrição clínica de PHDA, destacando o comportamento, o nervosismo e as lesões cerebrais. (cf. Vásquez, in Bautista, 1997).

É em 1957, com Laufer, que aparece o termo “Hiperactividade Infantil”, que considerava ser exclusivo do género masculino. Três anos mais tarde, em 1970, Stella Chess encarou a hiperatividade infantil como tendo uma origem genética e denominou-a de “Síndrome da Criança Hiperactiva.” (Lino, 2005:4).

Na década de 60, usava-se o termo “disfunção cerebral mínima” para designar as crianças/jovens com PHDA, convergindo ainda para as teorias de Still e de Strauss. (cf. Selikowitz, 2010).

Em 1968, a APA publicou o DSM-II, onde a PHDA aparecia designada como Distúrbio Hiperactivo da Infância.

Na década de 70, em especial com os trabalhos de Virginia Douglas, o défice de atenção começa a emergir como um aspeto central desta perturbação, obrigando à sua redefinição conceptual (cf. Selikowitz, 2010).

“(…) em 1972, a psicóloga educacional Virginia Douglas concluiu correctamente que a característica mais importante deste fenómeno era a falta de atenção, o que resultava numa dificuldade de permanecer atento. Foi daí que nasceu a nova designação, Desordem por Défice de Atenção.” (Sosin e Sosin, 2006:10-11).

Durante a década de 70, diversos estudos reconheciam que a PHDA poderia resultar ou não de uma lesão cerebral. No entanto, a tendência continuava a ser a de a considerar como uma perturbação biológica e não tanto ambiental.

Chess foi o primeiro a propor um tratamento multimodal que incluía aconselhamento parental, terapias de comportamento, psicoterapia, medicação e acompanhamento pela educação especial, tal como sucede na atualidade.

Safer e Allen, em 1979, definiram a hiperatividade como “atividade excessiva em situações que requerem inibição motora e que é persistente ou contínua ano após ano.” (Vásquez, in Bautista, 1997:160).

Muitos estudiosos se dedicaram ao estudo das desordens do comportamento e, mais tarde, de forma mais aprofundada à PHDA, possibilitando avanços no diagnóstico, na avaliação e na intervenção, quer farmacológica, quer não farmacológica.

A década de 80 ficaria conhecida pela ênfase dada às tentativas de desenvolvimento de critérios de diagnóstico mais específicos, pela conceptualização diferencial e o diagnóstico da hiperatividade face às outras desordens psiquiátricas e, ainda, a crítica em considerar a falta de atenção como ponto fulcral da PHDA. Assim, em 1987, o DSM-III-R é revisto, considerando uma nova designação que passou a contemplar a hiperatividade, aparecendo então como DDAH. Nesta revisão, os três grandes sintomas da PHDA: a falta de atenção, a hiperatividade e a impulsividade, já antes estabelecidos, são agora desenvolvidos segundo critérios mais específicos e definem-se os subtipos da PHDA.

Na década de 90, houve um grande impulso nos estudos neurológicos e genéticos, como forma de fundamentar os sintomas da PHDA. Em 1994, surge o DSM-IV, que apresenta melhorias em relação ao anterior manual de diagnóstico, o DSM-III-R. Juntamente com o CID-10, o DSM-IV-TR apresenta agora critérios de diagnóstico semelhantes para a PHDA (cf. Selikowitz, 2010).

Na atualidade, há concordância entre os investigadores que a PHDA é resultado de fatores neurológicos e genéticos e que os fatores ambientais são igualmente influentes, ainda que não primordiais.

Capítulo 3: Etiologia da PHDA

3.1. *Epidemiologia e Etiologia*

Para melhor se compreender a etiologia relativa à PHDA, far-se-á uma breve introdução acerca da Epidemiologia desta perturbação.

A PHDA é uma desordem do desenvolvimento que se manifesta a nível da falta de atenção e/ou excessiva impulsividade e hiperatividade.

Lino (2005:6) diz que a PHDA se caracteriza “(...) por três sintomas primários, a Desatenção, a Hiperactividade e a Impulsividade, em que pode dizer-se que a desatenção é sintoma psicológico e a hiperactividade e a impulsividade são sintomas físicos.”

Estima-se que a prevalência da PHDA se situe entre os 3-7% em crianças em idade escolar, embora não haja valores muito precisos. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

“Em Portugal não há valores precisos sobre a taxa de incidência de hiperactividade nas nossas crianças, mas acredita-se que não andarão muito longe dos valores de referência dos restantes países (...).” (Moura, 2008:5).

A este propósito, Lino (2005:6) acrescenta, confirmando os valores de referência propostos para a prevalência da PHDA que: “Estima-se que de 3 % a 5% das crianças em idade escolar sofrem de Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade (APA, 1994) e que outros 5% a 10% apresentem sintomas de DDA (...).”

Verifica-se, contudo, que há uma maior incidência de casos de PHDA nos rapazes em relação às raparigas. Estas não apresentam tantos comportamentos de agressividade, delinquência, ansiedade, depressão, etc. “Relativamente às diferenças entre géneros, constata-se que a PHDA é mais frequente nos rapazes do que nas raparigas, numa proporção que pode variar entre 2 para 1 e os 9 para 1 (APA, 2002).” (Moura, 2008:5).

Sosin e Sosin (2006:11) acrescentam, sobre as taxas de incidência em rapazes e raparigas, que “Seja por condicionamento biológico ou social, a taxa de diagnóstico de hiperactividade é seis a dez vezes superior nos rapazes do que nas raparigas.”

Apesar da baixa incidência nas raparigas, os sintomas têm tendência a manter-se por mais tempo. O mesmo autor, Moura (2008:5) afirma, citando Gaub & Carlson (1997) que “(...) as taxas de prevalência têm tendência a manter-se relativamente estáveis no sexo feminino, enquanto que nos rapazes assiste-se a uma diminuição significativa com o aumento da idade.”

Em relação a este último aspeto, o mesmo autor refere que os comportamentos de hiperatividade têm tendência a diminuir ao longo da adolescência e idade adulta (cf. Moura, 2008).

Sosin e Sosin (2006) são de opinião que esta condição se mantém para toda a vida, reiterando, também, que os sintomas podem atenuar-se com o passar da idade.

Lino (2005:6), a este propósito diz que “Os sintomas, em muitos casos, vão-se atenuando com a idade, estimando-se que os casos em que se continuam a manifestar pela vida adulta rondem os 30% a 50%.”

Através dos inúmeros estudos que têm vindo a ser realizados concluiu-se que a PHDA é um distúrbio comportamental de ordem neurobiológica e hereditária. (cf. Parker, 2003).

Assim, a PHDA é classificada como:

“uma perturbação do comportamento infantil, de base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações atencionais, impulsividade e uma grande actividade motora. Trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no desenvolvimento, na capacidade de aprendizagem e na adaptação psicossocial.” (Barkley, 2006; Cardo & Servera-Barceló, 2005, citados por Moura, 2008:4).

Sosin e Sosin (2006) apresentam a seguinte definição de PHDA:

“(...) uma perturbação genética do foro neurobiológico que se torna evidente na primeira infância e que normalmente continua a manifestar-se ao longo da vida da pessoa que dela padece. (...) caracteriza-se essencialmente pela dificuldade em manter a atenção e a concentração.”

O Défice de Atenção, muitas vezes associado à Perturbação de Hiperatividade, é um défice muito comum numa grande percentagem de indivíduos, como demonstram os seguintes autores.

“Cerca de 80% dos indivíduos que apresentam desordens por défice de atenção são também hiperactivos.” (University of California Office of the President, 1996, citado por Nielsen, 1997:58).

“Actualmente, sabemos que nem todas as pessoas com DDA são hiperactivas. As que sofrem de hiperactividade são diagnosticadas como tendo Desordem por Défice de Atenção com Hiperactividade ou DDAH. A actividade física excessiva é apenas um de um conjunto de sintomas que caracterizam a DDAH.” (Sosin e Sosin, 2006:11).

As crianças com PHDA apresentam frequentemente dificuldades de aprendizagem, problemas no relacionamento interpessoal, desadaptação social e dificuldade de cumprimento de normas e regras. Estas provocam, muitas vezes, a quem lida com elas, situações de stress e no ambiente familiar poderá dar origem a atitudes desadequadas.

Fonseca (1998:16, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:5) apresenta-nos algumas explicações etiológicas possíveis, quanto à origem da hiperatividade:

- “Falta de aptidões educativas dos pais;
- Factores hereditários;
- Açúcar e outros alimentos;
- Neurotoxinas³ no sangue (por exemplo chumbo);
- Complicações perinatais;
- Perturbações no processo de vinculação filho-mãe;
- Traumatismos crânio-encefálicos;
- Resistência generalizada à hormona da tiróide (GRTH);
- Infecções virais e bacterianas;
- Síndrome do cromossoma X frágil e outras anomalias genéticas;

³ Toxina que causa lesões no sistema nervoso provocando a paralisia. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

- Desequilíbrio de neurotransmissores (como dopamina, serotonina, norepinefrina);
- Famílias caóticas ou perturbadas no seu modo de funcionamento;
- Ausência de modelos adequados de comportamentos na família;
- Lesões ou anomalias na estrutura de várias áreas do cérebro;
- Atraso do desenvolvimento cerebral e/ou motor;
- Baixa actividade eléctrica do cérebro;
- Actividade metabólica reduzida nas regiões frontais do cérebro;
- Défices regulatórios da atenção;
- A hiperactividade como um simples traço da personalidade.”

Indo ao encontro de uma das possíveis causas da PHDA - a exposição ao chumbo-, Nielsen (1997:58), diz que “Há também investigações que revelam o facto de algumas desordens estarem ligadas à exposição fetal ao chumbo, ao álcool ou ao tabaco.”

Vásquez (in Bautista, 1997:164-165) fala-nos da influência do álcool e de infeções pré-natais dizendo que:

“A perspectiva mais antiga apoia a tese de uma base orgânica, causadora da disfunção cerebral mínima, que pode surgir desde a gestação até vários anos após o nascimento. Os factores pré-natais citados com maior frequência são o alcoolismo materno, as infecções da mãe, a anoxia⁴ intra-uterina e a hemorragia cerebral.”

Outras linhas de pensamento defendem que a causa da PHDA poderá estar relacionada com fatores ambientais e comportamentais, como sejam o clima familiar, desentendimentos entre o casal, baixo rendimento socioeconómico, condições de vida precárias. De forma geral, estas linhas de pensamento consideram-na resultado de uma carência educacional e social.

Vásquez (in Bautista, 1997:166) fala de investigações que defendem os fatores determinantes na PHDA, como “(...) o clima familiar, problemas graves do casal, determinados parâmetros educacionais, as características maternas ou factores tais como o baixo nível socioeconómico e condições de vida precárias (...)”. E continua, citando Vallet (1980) ao dizer que uma das causas pode estar em “uma reacção perante o inadequado de uma tarefa apresentada à criança, ou a inexistência de hábitos adequados de vontade e reflexão (...) ou que só tenha recebido modelos de conduta inadequados.”

⁴ Estado em que se verifica uma deficiente oxigenação dos tecidos. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

Sobre os fatores familiares como influência no surgimento da PHDA, Lino (2005:8) diz que, referindo-se à DDA (muitas vezes associada à PHDA), as famílias são muitas vezes causadoras de comportamentos disruptivos nos filhos com PHDA:

“(...) a DDA possui um factor hereditário (...). Emílio Salgueiro (1996), fez um estudo, onde verificou que as famílias das crianças com DDA, são famílias sobreprotectoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras. Muitas vezes, a criança torna-se numa criança com DDA, pelas crises que existem na família, principalmente se a criança for possuidora de uma pré-disposição genética.”

Acrescenta ainda, em relação à influência dos fatores ambientais sobre a PHDA, (apontando para estudos sobre a DDA) que, em crianças expostas a determinados ambientes, há uma maior probabilidade de existirem comportamentos de DDA. “(...) crianças expostas a guerras, bairros sociais em condições sociais e culturais precárias (...) onde predominem comportamentos de DDA.” E continua dizendo que “O meio socio-cultural, é portanto, o «fio condutor» da DDA (...)”

Sobre os fatores ambientais, Barkley (2006:14) pronuncia-se, dizendo que existe “(...) *a growing belief that hiperactivity was a result of environmental causes.*”

No passado, as crianças com PHDA eram controladas através de castigos severos e muito punitivos (cf. Borril, 2000). Há, atualmente, novos fatores que podem contribuir para o elevado número de jovens com PHDA, nomeadamente, os jogos eletrónicos (que são altamente estimulantes e viciantes), a televisão, as comidas processadas artificialmente ou *fast-food* (se for levada em conta a ideia preconizada por alguns autores sobre as dietas e os seus efeitos nos indivíduos com PHDA) e o facto de brincarem cada vez mais dentro de casa (considerado um aspeto agravante, pois o melhor seria brincarem no exterior, terem contacto com a natureza e praticarem exercício físico).⁵

Outra das causas apontadas como agravantes/atenuantes dos sintomas de PHDA - o seguimento de certas dietas - não foram comprovadas como pode ser atestado pelos estudos de diversos autores, apresentados abaixo.

⁵ Your Child & ADHD – A guide for parents.

Jacobson e Schardt (1999) apresentam um sumário dos estudos realizados neste âmbito, dizendo que os pais poderão considerar o seguimento de uma dieta, no caso de haver intolerância aos medicamentos ou como alternativa a estes.

Os autores referem a conhecida dieta de Feingold (que surgiu nos anos 70), apresentando alguns resultados em certos casos de jovens com PHDA, mas sem respostas conclusivas.

Jacobson e Schardt (1999) dizem que foram vários os investigadores que se debruçaram sobre a teoria das dietas, nomeadamente sobre a dieta de Feingold e a sua eficácia, tendo concluído que os alimentos com corantes influenciavam os comportamentos dos jovens com PHDA.⁶

A dieta de Feingold apresentava alguns alimentos como causadores de hiperatividade, pelo que deveriam ser eliminados da dieta diária dos jovens com PHDA. Esta consistia sobretudo na eliminação de todos os alimentos com corantes e intensificadores de sabor, com acesulfame, com aspartame, com sacarose, com conservantes, etc. Também previa a eliminação de alguns frutos e vegetais – cerejas, amêndoas, uvas, café, alperces, etc.⁷

Vários foram os estudos e investigações levados a cabo por diversos investigadores para provar a eficácia das dietas pobres em corantes. No entanto, os resultados apresentados não eram representativos do universo dos jovens com PHDA, pelo que não foram considerados conclusivos. Diversas organizações e investigadores de renome atestaram que os resultados obtidos em investigações anteriores não poderiam ser considerados como conclusivos. É o caso da Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD), que defende a utilização de medicação como tratamento mais eficaz da PHDA; da American Academy of Pediatrics (AAP) que não encontra qualquer tipo de conexão entre as dietas e o comportamento dos jovens com

⁶ Poderá consultar-se a tabela apresentada pelos autores com as conclusões dos estudos levados a cabo por diversos investigadores na pág. 5 do referido estudo.

⁷ Poderá consultar-se a lista mais detalhada da dieta proposta por Feingold na pág. 13 da obra *A Parent's Guide to Diet, ADHD & Behavior* (1999).

PHDA; da American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) que advoga que não há qualquer tipo de teoria científica que sustente a eficácia das dietas e que as desaconselha; e, por fim, um médico muito conhecido na investigação e tratamento da PHDA, Russel A. Barkley, que afirma, citado por Jacobson e Schardt, 1999:28) que *“Most of the substantial amount of research done (...) was simply unable to support Feingold’s claim. (...) They concluded that diet modification was not effective for treating hyperactivity.”*⁸

Parker (2003:13), sustentando a mesma ideia, afirma que “Um bom exemplo de uma teoria não comprovada (...) é a noção de que a dieta é responsável pelo comportamento hiperativo. (...) a teoria de Feingold não é apoiada por qualquer investigação científica rigorosa.”

Sobre a educação dada pelos pais, como uma influência ou como causadora de comportamentos associados à PHDA, são muito diversificados os pontos de vista dos diferentes autores, como pode constatar-se pelas afirmações apresentadas seguidamente.

Barkley (2006:15) argumenta que *“(...) family context would still prove to be important in predicting the outcome of hyperactive children (...).”*

Parker (2003:13), a esse propósito diz que:

“É certo que os métodos usados pelos pais na educação dos seus filhos irão, até certa medida, afetar o comportamento e o desenvolvimento da criança. No entanto, apesar de as práticas educativas incorretas poderem contribuir para os problemas de uma criança com DDA, não existe qualquer prova científica que sugira que constituem causa de DDA.”

Moura (2008:6) remata, afirmando que:

“este conhecimento, que as causas dos comportamentos disruptivos dos seus filhos derivam de factores endógenos e não tanto de variáveis familiares (apesar de estas poderem exacerbar ou minimizar algumas das condutas das crianças hiperactivas), permite retirar a carga negativa que os pais destas crianças carregam (...) por suporem ter sido maus educadores.”

⁸ Barkley, R. A., *Taking Charge of Hyperactivity* (New York: Guilford Press, 1995) in Jacobson e Schardt (1999).

Para além de todos os fatores ou possíveis causas apresentadas, os investigadores reúnem consenso ao considerar que a PHDA está relacionada com fatores genéticos.

Várias têm sido as investigações no campo da genética molecular com o objetivo de desvendar as causas da PHDA. Estes estudos têm vindo a confirmar que pais que tenham filhos com PHDA, também tiveram ou continuam a ter comportamentos característicos e que a possibilidade da segunda geração vir a ter PHDA é muito maior.

“Se um casal tiver um filho com PHDA, a probabilidade de cada um dos filhos seguintes ter esta perturbação é cinco a seis vezes superior à da população em geral (...).” (Selikowitz, 2010:141).

Kutscher (2011:12) salienta que “muitas das condições neuropsiquiátricas são de família.”

Vários autores fundamentam a opinião do fator genético ser causador da PHDA:

“Uma outra investigação apontou para o facto de a DDAH ser geneticamente transmitida.” (University of California Office of the President, 1996, citado por Nielsen, 1997:58).

“(...) several genetic linkage studies have suggested an association between ADHD and a polymorphism of the gene that codes for the same dopamine transporter gene.” (Rooper e Samuels, 2009:512).

“O legado genético, mais do que as influências ambientais, pode resultar numa excessiva expressão desses comportamentos.” (Parker, 2003:14).

“(...) existem evidências claras que as suas causas residem em alterações genéticas e neurológicas.” (Moura, 2008:6).

“(…) é defendida a tese de uma predisposição familiar para este problema já que 20 a 35 por cento dos hiperactivos costumam apresentar um historial familiar de dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento.” (Vásquez, in Bautista, 1997:165).

“De acordo com Roman (2002: 196-201), a identificação dos possíveis genes de susceptibilidade é fundamental, uma vez que a informação genética está directamente relacionada ao tratamento e prevenção.” (citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:6).

Os diversos estudos realizados não excluem a possibilidade de a PHDA ser hereditária. Barkley (citado por Lopes, 1998: 26) diz, a este propósito, que diversos estudos apontam para a transmissão genética de uma deficiência nos neurotransmissores. “(...) estudos (...) relacionados com a dopamina e (...) a hipótese de ser geneticamente transmitida a tendência para a diminuição deste neurotransmissor (...)” (citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:5).

Segundo os diferentes estudos de genética molecular, um possível causador é o gene recetor de dopamina, o D4. (cf. Kutscher, 2011).

Não há estudos a atestar a existência de um gene da PHDA. No entanto, vários genes intervêm e relacionam-se com os neurotransmissores. O mais conhecido, porque associado à receção da dopamina, é o gene DRD4 ou D4 e que se crê que esteja implicado na transmissão genética da PHDA. (cf. Coelho et al., 2010).

Dos muitos estudos realizados, os mais conclusivos para detetar o aparecimento de perturbações têm sido os estudos genéticos com gémeos. Sobre este aspeto, Antunes (2011) comenta que os estudos realizados em gémeos idênticos, que partilham a mesma informação genética, geralmente têm ambos a mesma doença, enquanto que os gémeos heterozigóticos não apresentam uma incidência tão significativa. Faz ainda uma adenda, dizendo que as possíveis diferenças que possam existir em ambos os casos são causadas por fatores ambientais.

Sobre os diversos estudos realizados com gémeos, também Germanò, Gagliano e Curatolo (2010), citando diversos estudos de variados autores, afirmam que a PHDA é hereditária e que se estima que a hereditariedade na PHDA se situa entre os 70-80% de incidência.

Os investigadores reúnem consenso ao admitir que a PHDA tem uma causa neurobiológica e não é resultado de desadequadas competências parentais ou de dietas.

A este propósito, Nielsen (1997:58) diz que “Apesar de, até ao momento, a causa da DDAH permanecer desconhecida, regista-se consenso quanto a considerar que esta é um problema médico do foro neurológico e não o resultado de competências parentais inadequadas ou de dietas (...).”

Existem cada vez mais estudos que sugerem que as crianças/jovens com PHDA têm uma disfunção cerebral de algum tipo, nas zonas associadas ao controlo, à atenção ou à atividade. (cf. Parker, 2003). No entanto, a origem da PHDA ainda não reuniu consenso. Muitos estudiosos indicam que a PHDA resulta de uma deficiente produção de um neurotransmissor regulador do comportamento, a dopamina. Sobre este aspeto, vários autores se pronunciaram.

“(...) tem havido algum suporte quanto a uma possível deficiência dos mecanismos que regulam os níveis de dopamina (neurotransmissor) no cérebro das crianças com hiperactividade, muito embora estes resultados necessitem de uma maior validação.” (Barkley, 2006; Lopes, 2003, citados por Moura, 2008:6).

“Em alguns casos, a DDAH é causada por um desequilíbrio químico que faz com que certos neurotransmissores, os químicos que regulam a eficácia do cérebro no controlo do comportamento, se revelem deficientes.” (Nielsen, 1997:58).

“(...) por ser difusa, e difícil de localizar, não sabemos se se trata de perturbações nos neurotransmissores cerebrais e, mesmo assim sendo, ainda ficaria por esclarecer a existência de relação entre os neurotransmissores e as sequelas de tipo comportamental.” (Vásquez, in Bautista, 1997:165).

Na realidade, o cérebro é o órgão mais importante do nosso corpo, sendo constituído por milhares de milhões de neurónios. Os neurónios estabelecem relações entre si através de químicos - neurotransmissores - responsáveis pela regulação de inúmeros

comportamentos do nosso corpo. Desta “comunicação” entre neurónios e neurotransmissores surgem as sinapses.

Os níveis de neurotransmissores são regulados meticulosamente e a sua escolha não é feita de forma aleatória pelos neurónios. Na verdade, cada neurónio usa especificamente um tipo de neurotransmissor para realizar uma determinada tarefa.

Os neurotransmissores estão presentes no nosso Sistema Nervoso Central (SNC) e no sistema periférico e estão envolvidos no controlo dos nossos comportamentos, regulação da atenção, entre outros, pelo que qualquer distúrbio na sua produção, quer por excesso, quer por defeito, dará origem a inúmeras doenças do foro psiquiátrico.

No caso da PHDA, os neurotransmissores apontados como responsáveis pela desregulação dos comportamentos e das emoções são:

- A dopamina - neurotransmissor que se encontra em várias regiões do encéfalo, principalmente no corpo estriado (*corpus striatum*) e que desempenha um papel fundamental na coordenação dos movimentos corporais, na motivação, na cognição, na emoção, desempenhando ainda um papel na regulação de alguns componentes do sistema endócrino⁹.

“A Dopamina (...) controla os nossos impulsos, antecipa a consequência dos nossos actos, determina o que é mais importante e porque ordem devemos realizar as nossas tarefas.” (Antunes, 2011:151).

- A noradrenalina - neurotransmissor também conhecido como norepinefrina. Encontra-se no tronco cerebral (*locus coeruleus*) e é responsável pela regulação do sono, do estado de vigília, da atenção e do comportamento alimentar.

- A serotonina - neurotransmissor que se encontra sobretudo na ponte do tronco cerebral, presente em muitos tecidos, é responsável pelo sono, vigília,

⁹ Sistema responsável pela produção de hormonas. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

comportamento motor, emoções, ritmo circadiano¹⁰, regulação do humor, depressão, ansiedade e regulação da pressão arterial. (cf. Purves *et al.*, 2004:129-164; Speert, 2012:6-9).

A PHDA resulta de um funcionamento insuficiente dos lobos frontais e pré-frontais, pois não são suficientemente ativados pela noradrenalina. Por outro lado, os lobos frontais não conseguem transmitir dopamina suficiente para inibir outras atividades no cérebro. (cf. Kutscher, 2011).

Os autores Coelho et al. (2010:690) reiteram esta ideia ao dizer que “Evidências farmacológicas favoreceram, a princípio, a teoria dopaminérgica do THDA, segundo a qual deficits de dopamina no córtex frontal e núcleo estriado seriam responsáveis pelas manifestações dos sintomas.”

Os lobos frontais situam-se na zona da testa e são o «posto de comando» do cérebro. Na maioria dos casos de PHDA, as ligações dos e com os lobos frontais não funcionam bem. Normalmente, o que é afetado é a ligação entre o lobo frontal e o estriado. Os neurotransmissores que atuam nesta área é que são os responsáveis pelo diagnóstico de PHDA.

Antunes (2011) justifica que nos indivíduos com PHDA, os lobos frontais têm dificuldade em focar-se numa tarefa por um longo período de tempo, organizar o tempo e as atividades e controlar os impulsos.

Segundo Villar (citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:6):

“em estudos mais recentes, foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade de uma pessoa prestar atenção às coisas e o nível de actividade cerebral. Detectaram-se áreas do cérebro menos activas em pessoas portadoras desta perturbação por comparação com pessoas sem esta problemática, levando à suspeita de uma possível disfunção do lóbulo frontal e das estruturas diencefalo-mesencefálicas.”¹¹

¹⁰ Ciclo biológico do corpo humano de aproximadamente 24h. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

¹¹ O diencefalo localiza-se na região inferior do cérebro. O mesencefalo é a parte superior do tronco cerebral. (cf. Purves et al., 2004).

Rooper e Samuels (2009:512) falam na área estriária localizada na região frontal dizendo que nas crianças com PHDA:

“(...) the left planum was larger in the attention deficit cases (...) Also, functional imaging studies have suggested that the inability of these children to block impulsive reactions and the improvement that is seen with methylphenidate are accompanied by changes in the striatum.”

Speert (2012:50) diz que:

“Increasingly, studies are finding correlations between ADHD and differences in brain function. Altered activity is often observed in circuits connecting the cortex, the striatum, and the cerebellum, particularly in the right hemisphere. Recent studies show a delay in cortical development in some children with ADHD (...).”

Kutscher (2011) refere que os exames de imagem mostram as anomalias pré-frontais e as alterações na dopamina, argumentando que apesar de não se fazer um melhor diagnóstico através dos exames de imagens, estes poderão, acima de tudo, ajudar a compreender melhor os problemas que afetam as pessoas com PHDA.

“Recent imaging studies have shown in (...) patients with this disorder (...) reduced catecholamine transmission could lead to weakened prefrontal cortical regulation of attention and behavior and symptoms of ADHD.” (Speert, 2012:50).

Germanò, Gagliano e Curatolo (2010) dizem que têm sido encontradas muitas anormalidades em diferentes regiões cerebrais em indivíduos com PHDA, nomeadamente, um volume cerebral mais reduzido e também redução do lobo frontal direito, do *caudate nucleus* direito e dos hemisférios cerebelares. Acrescentam que os exames de imagem são muito clarificadores ao mostrarem as anormalidades nos lobos frontais ou nos gânglios basais e ainda a atividade reduzida dos lobos temporais e parietais em indivíduos com PHDA. Por todas estas diferenças a nível cerebral, os jovens com PHDA apresentam dificuldades em resolver problemas, em orientar-se, em ter noção dos perigos, em manter a atenção, em inibir respostas e em executar trabalhos de memória.

Este ponto de vista está fundamentado por estudos (Shaw et al., 2012) realizados por vários médicos, com um grupo de jovens, analisados em diferentes fases da sua vida (aos 10 anos e aos 17 anos), em que estudaram o desenvolvimento das áreas corticais e sua espessura (áreas frontais do cérebro). Concluíram que este processo é retardado nas crianças e jovens com PHDA, explicando que enquanto as crianças e jovens que não têm PHDA atingem a maturidade nestas áreas por volta dos 12-13 anos, nas crianças com PHDA o desenvolvimento máximo destas áreas só é alcançado aos 14-15 anos.

Nas crianças/jovens com PHDA há um défice ao nível das funções executivas do cérebro, reguladas pelos neurotransmissores e, portanto, estas crianças não conseguem fazer/ executar um conjunto de tarefas ou ter determinadas atitudes, entendidas como socialmente corretas, por causa deste défice. As funções executivas são apresentadas seguidamente, segundo Kutscher (2011:36-37, com adapt.):

- “Inibição: incapacidade de inibir;
- Memória de trabalho: quantidade de coisas que o cérebro faz num determinado momento;
- Antecipação: capacidade de prever as consequências das próprias acções;
- Retrospecção: capacidade de guardar as taxas de sucesso de estratégias anteriores;
- Organização (planeamento): quase impossível para quem tem DDA/H;
- Solilóquio: capacidade de conversarmos com nós mesmos;
- Noção do tempo: bastante fraca em pessoas com DDA/H;
- Passar de um programa A para um programa B: conseguir deixar uma actividade e passar para outra;
- Separar as emoções dos factos: cada facto possui um significado objectivo, mas também é marcado com um significado emocional subjectivo pelo nosso cérebro.”

Sobre a capacidade de inibição, Selikowitz (2010) diz que os problemas emocionais nos jovens com PHDA ficam a dever-se à incapacidade de suprimir determinados pensamentos e sentimentos, por isso reagem frequentemente de forma impulsiva, por revelarem incapacidade de suprimir estímulos externos, acabando, muitas vezes, por apresentar sentimentos como frustração, humor irregular ou excitabilidade excessiva.

Selikowitz (2010:134) resume, num quadro, as funções executivas do cérebro e o que acontece a um indivíduo com PHDA.

Tabela 3. Funções executivas do cérebro com os sintomas correspondentes de PHDA

Função Executiva	Sintoma de PHDA
Atenção	Défice de atenção
Reflexão	Impulsividade
Imobilização temporária	Excesso de actividade
Auto-organização	Desorganização
Auto-regulação	Inflexibilidade
Auto-valorização	Baixa auto-estima
Cognição social	Inadequação social
Obediência	Comportamento desafiante
Memória activa	Esquecimento
Coordenação de movimentos	Inadequação

A PHDA caracteriza-se por um desequilíbrio dos neurotransmissores, pelo que parece não haver dúvidas acerca da base neurológica da PHDA, colocando-se um grande ponto de interrogação em todas as teorias que vão sendo apresentadas como possíveis causas.

Uma coisa é certa, a PHDA é, sem sombra de dúvida, uma perturbação multifactorial. Esta perturbação não tem um marcador biológico ainda conhecido o que impossibilita que o diagnóstico seja linear ou homogéneo. (cf. Coelho et al., 2010).

Por todas as razões apontadas, o tratamento da PHDA só poderá ser multimodal e com recurso à administração de medicação, à base de metilfenidato, de forma a promover a regulação da produção de dopamina e noradrenalina, pois a PHDA é uma perturbação bio-psico-social (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007), logo, os comportamentos a ela associados afetam todos estes aspetos da vida da criança, quer pela integração social quer pela própria base hereditária da doença.

Capítulo 4: Diagnóstico da PHDA

4.1. *Diagnóstico*

O diagnóstico de PHDA não é fácil de realizar por lhe estarem associadas outras comorbilidades e, por isso, os critérios de diagnóstico têm sido constantemente revistos ao longo dos anos, de forma a tornar mais claros os comportamentos identificativos e característicos desta perturbação.

Em 1980, a APA fez uma revisão de várias perturbações, entre elas a PHDA, então descritas no DSM-II, dando origem a uma nova versão e uma nova classificação com o DSM-III, onde o diagnóstico da PHDA aparecia referido por Reação Hiperkinética da Infância.

Mais tarde, o Manual de Diagnóstico foi revisto outra vez e, em 1987, surgem novos critérios de diagnóstico para a PHDA, passando agora a ser designada por ADHD. (cf. Barkley, 2006).

De acordo com a evolução histórica dos critérios de diagnóstico da PHDA, ainda persistem, atualmente, muitas dificuldades em definir e contextualizar esta perturbação, por aparecer, na grande maioria das vezes, associada a outras perturbações ou outras síndromes, o que dificulta a realização de um diagnóstico único. No entanto, essa dificuldade não pode ser impeditiva da realização do diagnóstico da PHDA, surgindo a necessidade de o fazer de forma exaustiva, analisando todas as comorbilidades associadas.

“O diagnóstico preciso é não só complicado como requer que a avaliação seja feita por profissionais bem treinados, entre os quais se deverão contar um pediatra do desenvolvimento, um psicólogo especializado no trabalho com crianças, um psiquiatra ou um neurologista pediátricos. A DDAH é um problema que requer um diagnóstico e um tratamento adequados, a fim de evitar sérias complicações a longo prazo.” (Nielsen, 1997:59).

“No objective diagnostic test for ADHD exists. Diagnosis requires a comprehensive evaluation (...).” (Speert, 2012:50).

O diagnóstico da PHDA deve ser inicialmente realizado pela eliminação de outras hipóteses de diagnóstico, como perturbações ou síndromes que possam apresentar comportamentos comuns.

A este propósito, Selikowitz (2010:147) esclarece que “O primeiro passo para o tratamento da PHDA é a realização de um diagnóstico correcto” para se “(...) conceber um plano de tratamento adequado.”

Atualmente, o diagnóstico da PHDA é clínico, isto é, apoia-se na leitura e interpretação de relatos e observações e não apenas nos dados estatísticos, obtidos através dos questionários, pois deve remeter para a exclusão de outros fatores que expliquem as dificuldades de concentração e basear-se na revelação do quotidiano da criança. (cf. Antunes, 2011).

Para que seja feito um correto diagnóstico de PHDA, os comportamentos observados devem ocorrer em vários ambientes, por exemplo, em casa e na escola, não deve haver indícios de atraso mental, ou seja, a sua inteligência deverá ser normal e os sintomas/ comportamentos já devem manifestar-se, pelo menos, desde a infância.

“O diagnóstico requer a avaliação individual do comportamento da criança em casa e na escola, não em uma situação artificial (entenda-se, consultório) que pouco tem a ver com o seu quotidiano.” (Antunes, 2011:149).

“O diagnóstico inclui uma série de etapas. Primeiro, é preciso fazer um historial cuidado para se recolher informação sobre o modo como a criança aprende e se comporta em casa e na escola. (...) Em segundo lugar, o pediatra deve observar cuidadosamente a criança para despistar a existência de outras perturbações que possam estar a interferir na aprendizagem e/ou no comportamento.” (Selikowitz, 2010:147-148).

“O diagnóstico preciso é não só complicado como requer que a avaliação seja feita por profissionais bem treinados (...). A DDAH é um problema que requer um diagnóstico e um tratamento adequados, a fim de evitar sérias complicações a longo prazo.” (Nielsen, 1997:59).

Parker (2003) é da mesma opinião sobre a necessidade de se fazer o diagnóstico o tão antecipadamente quanto possível. “O diagnóstico precoce (...) permite que os pais e os professores intervenham mais cedo no tratamento da desordem.”

Alguns dos comportamentos a observar, no momento de fazer o diagnóstico, na opinião de Sheryl Olson (2002) são:

- Regulação da atenção;
- Dificuldade de identificação e discriminação de estímulos;
- Dificuldade em seguir instruções;
- Dificuldade em completar tarefas;
- Dificuldade em brincar com os seus pares;
- Dificuldade no controlo inibitório dos impulsos;
- Comportamento disruptivo na escola e junto dos seus pares;
- Dificuldade em esperar;
- Desordens de conduta;
- Insucesso escolar;
- Dificuldades específicas da aprendizagem;
- Problemas de relacionamento interpessoal. (cf. Martins, 2008).

Na realidade, um bom diagnóstico da PHDA só se faz com a ajuda de pais e professores, pois são estes que observam os comportamentos e dificuldades da criança em casa e na escola. Não será apenas o olhar criterioso e apurado do pediatra, do neuropediatra ou do pedopsiquiatra que, em ambiente fechado, como é o do consultório, e altamente artificial, que dará ao profissional de saúde uma perceção bem definida acerca da problemática que afeta a criança.

O profissional de saúde deverá consultar o processo clínico da criança e dos pais, para despistar qualquer anomalia genética, complicações na gravidez ou no parto ou outras problemáticas que possam estar a afetar os comportamentos e o desempenho académico da criança. (cf. Selikowitz, 2010).

O pediatra poderá também sujeitar a criança a testes e questionários, bem como os pais, para aferir o que realmente se está a passar e, também, eliminar possíveis interferências de outras síndromes.

“O questionário dirige-se a um conjunto de comportamentos, graduados numa escala, e que permite obter um perfil comportamental dessa criança. (...) Além de ajudar no diagnóstico, os questionários podem ser úteis na avaliação da intervenção terapêutica.” (Antunes, 2011:148).

Segundo a APA, a definição utilizada encontra-se no DSM- IV-TR e denomina-se por Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção. Esta perturbação é classificada na categoria de Perturbações Disruptivas do Comportamento e do Déficit de Atenção, incluída na classificação das perturbações que aparecem habitualmente na primeira e segunda infância e na adolescência.

Antunes (2011:157) fala-nos dos riscos da hiperatividade ser diagnosticada tarde de mais ou de não ser de todo diagnosticada, dizendo que se tal acontecer originar-se-ão: “baixa auto-estima, fraca imagem de si próprio, desmotivação para o trabalho escolar, depressão”. Todos estes comportamentos associados à impulsividade poderão dar origem a comportamentos de risco.

Relativamente ao diagnóstico de PHDA, o DSM-IV-TR refere que esta perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas de hiperatividade, de inatenção e impulsividade.

Segundo o DSM-IV-TR, os critérios de diagnóstico da PHDA (com adapt.) são:

- **“Falta de Atenção**

A criança com PHDA frequentemente:

- a) deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares ou outras;
- b) tem dificuldades em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- c) parece não ouvir quando falam com ela;

- d) não segue instruções e não termina seus trabalhos de casa, tarefas domésticas ou deveres profissionais;
- e) tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- f) evita, antipatiza ou recusa envolver-se em tarefas que exijam esforço mental continuado;
- g) perde coisas necessárias para tarefas ou atividades;
- h) facilmente se distrai com outros estímulos;
- i) esquece-se, muitas vezes das atividades quotidianas.”

Este sintoma - Falta de Atenção - é o que permanece por mais tempo e tem repercussões muito negativas no desempenho académico e nas relações sociais.

A partir da entrada na escola é exigido à criança que assuma uma responsabilidade em relação às tarefas escolares e isso implica um grande nível de atenção/concentração, o que se torna muito difícil de cumprir.

Apresentam frequentemente trabalhos com garatujas, cadernos desorganizados ou esquecem-se dos trabalhos de casa. Também perdem material escolar com muita frequência.

A somar a tudo o que foi apresentado, ainda apresentam resistência ao cumprimento de regras, pelo que são, muitas vezes, chamados de indisciplinados ou mal-educados pelos professores.

Outro critério de diagnóstico é a:

- **“Hiperatividade**

A criança com PHDA frequentemente:

- a) agita as mãos ou os pés ou mexe-se na cadeira;
- b) não permanece sentado quando se espera que o faça;
- c) corre ou salta excessivamente;

- d) tem dificuldade em brincar tranquilamente;
- e) parece estar “ligado a um motor”;
- f) fala excessivamente.”

O sintoma de hiperatividade manifesta-se na atividade motora excessiva: nunca estão quietos; não permanecem sentados por muito tempo ou correm e saltam desenfreadamente.

O terceiro sintoma para se realizar o diagnóstico é a:

- **“Impulsividade**

A criança com PHDA frequentemente:

- g) dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido concluídas;
- h) tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- i) interrompe conversas ou atividades dos outros.”

Este sintoma refere-se ao facto da criança ser precipitada nas suas respostas ou ações. Estas atitudes traduzem-se, muitas vezes, em sinais de impaciência. Por isso, interrompem conversas ou brincadeiras de outras crianças de forma abrupta e não pensada.

Para que o diagnóstico seja corretamente realizado, estes critérios devem ser observados na criança/ jovem pelo menos durante 6 meses e devem persistir durante este período de tempo; os sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade; os comportamentos devem ser observados em casa e na escola; deve haver um claro prejuízo social, académico e outros, provocados por estes comportamentos; e, por fim, devem ser observadas/identificadas outras perturbações que possam estar associadas ao diagnóstico de PHDA.

O DSM-IV-TR apresenta os diferentes subtipos de PHDA, ao realçar, novamente, que os sintomas devem ser verificados e persistir nos últimos 6 meses, ressalvando que a

maioria das crianças apresenta sintomas comuns de desatenção, hiperatividade e impulsividade. Os subtipos de PHDA são:

- **Tipo Combinado** – com incidência no Défice de atenção e Hiperatividade;
- **Tipo Predominantemente Desatento**– com predominância para o Défice de Atenção;
- **Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo** – com predominância para a Impulsividade.

Também o CID-10 apresenta uma descrição da PHDA, aparecendo incluída nos Transtornos com Hiperatividade associada a retardo mental e movimentos estereotipados e Transtornos Hiperativos.

➤ **“Transtorno com Hiperatividade associada a atraso mental e a movimentos estereotipados**

- Transtorno que se refere a crianças com um atraso mental grave (com um QI abaixo de 35), associado a hiperatividade acentuada, défice de atenção também muito acentuado e comportamentos estereotipados;
- Durante a adolescência a hiperatividade dá lugar à hipoatividade;
- A hipoatividade está geralmente associada a diagnósticos de atrasos no desenvolvimento (específicos e globais);
- Não se sabe de que forma a síndrome comportamental poderá estar relacionada com atrasos mentais ou algum tipo de lesão cerebral.

➤ **Transtornos Hiperativos**

- Início precoce (habitualmente nos cinco primeiros anos de vida);
- Falta de persistência nas atividades que exigem envolvimento cognitivo;
- Tendência de passar de uma atividade para outra, sem acabar nenhuma;
- Atividade global desorganizada, descoordenada e excessiva;
- As crianças hiperativas são mais propensas a acidentes, por serem impulsivas;

- Estão mais sujeitas a problemas disciplinares ou infrações, por desafio das regras;
- As crianças hipercinéticas são inibidas socialmente e isolam-se;
- Habitualmente, este transtorno está associado a défice cognitivo, atrasos específicos no desenvolvimento motor e da linguagem.” (com adaptações).

Por a PHDA estar muitas vezes associada a outro tipo de problemas ou perturbações é que se torna difícil fazer um diagnóstico unicamente de PHDA, porque há perturbações que ocorrem em simultâneo. Falamos, então, de comorbilidades ou comorbidades, sendo que os dois termos aparecem em diferentes artigos e estudos para designar as síndromes simultâneas numa mesma doença.

O termo comorbidade¹² é formado pela preposição latina “*cum*”, que significa companhia e pela palavra morbilidade, originada do nome masculino latino “*morbus*”, que designa enfermidade ou doença.

Algumas problemáticas ou desordens (comorbilidades) associadas à PHDA, referidas em detalhe mais à frente neste estudo, são:

- i. Perturbação de Oposição;
- ii. Perturbação do Comportamento ou Problemas de Conduta;
- iii. Depressão;
- iv. Perturbações da Ansiedade;
- v. Dificuldades de Aprendizagem;
- vi. Perturbação de Tourette;
- vii. Abuso de drogas;
- viii. Problemas Emocionais;
- ix. Problemas Motores.

¹² Presença ou associação de duas ou mais doenças no mesmo paciente. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online; cf. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa; cf. Sousa, F.,1959).

A este respeito, diversos autores apresentam o resultado de diferentes estudos ou da sua própria experiência profissional.

Germanò, Gagliano e Curatolo (citando vários autores, 2010:475) referem-se à incidência de comorbilidades associadas à PHDA da seguinte forma:

“ADHD is highly comorbid condition (Gillberg et al., 2004; Banaschewski, Neale, Rothenberger e Roessner, 2007). Psychiatric comorbidities include oppositional defiant disorder, conduct disorder, anxiety, and depression (Jensen et al., 2001). Other types of comorbidities reported are RD (reading disability), developmental coordination disorder, and language disorder (Gilger, Pennington e DeFries, 1992; Cohen et al., 2000). Among psychiatric disorders, ADHD is the most frequently associated with dyslexia (Kronenberg e Dunn, 2003). Attention and learning problems usually are considered inter-related and on a continuum.” (Mayes, Calhoun e Crowell, 2000).

Munir et al (citado por Fonseca, 1998, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:9) dizem que os estudos “mostraram que 64% das crianças hiperactivas apresentavam perturbações do comportamento ou de oposição.”

Fonseca (1998, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:10) diz que “a coexistência de hiperactividade com distúrbios do comportamento tem sido constatada em resultados de muitos estudos realizados.”

“Learning disorder and psychological testing may also be used to clarify if other disorders are present along with the ADHD or if other conditions that look like ADHD may be responsible for the behaviors in question.” (Speert, 2012:50).

Sheryl Olson (2002, citada por Martins, 2008:19) refere como características associadas à PHDA: “as desordens de conduta, o insucesso escolar traduzido em dificuldades específicas de aprendizagem e também os problemas no inter-relacionamento social.”

As crianças com PHDA revelam diversas dificuldades adaptativas, que se manifestam em diversos contextos, traduzindo-se em comportamentos desajustados a nível motor, cognitivo ou de autorregulação. Esta última é a responsável pelos comportamentos

inibitórios, que em crianças com PHDA parecem por vezes não existir pois não sabem qual o comportamento adequado a cada contexto ou não sabem esperar. (cf. Martins, 2008).

Antunes (2011) fala nas «patologias psiquiátricas» para se referir às comorbilidades da PHDA e explica quais são e qual a sua incidência:

- Perturbação de Oposição e Desafio- 40%
- Ansiedade – 34%
- Tiques – 11% (associados ao Síndrome de Tourette)
- Depressão – 4%
- Outros problemas comportamentais como Perturbação da Conduta – 14%

Moura (2008) assegura que é frequente as crianças hiperativas apresentarem outras problemáticas ou perturbações co-mórbidas que contribuem para o agravamento das complicações clínicas.

“Existe abundante referência de outras formas psicopatológicas, nomeadamente: Perturbação de Oposição, Perturbação do Comportamento, Depressão, Perturbações da Ansiedade, Dificuldades de Aprendizagem Específicas (Dislexia, etc), Perturbação de Tiques de Gilles de la Tourette, abuso de substâncias ilícitas (drogas, etc) na adolescência e idade adulta, entre outras (Artigas-Pallarés, 2003; Barkley, 2006; Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Pliszka, 2003). Destas, a mais frequente é o comportamento de oposição e desafio que pode surgir em mais de 40% dos casos de crianças com diagnóstico de hiperactividade (Barkley & Biederman, 1997; Biederman et al., 1991; MTA-Cooperative-Group, 1999).” (Moura, 2008:6).

Capítulo 5: Comorbilidades associadas à PHDA

5.1. Comorbilidades

Seguidamente, apresentaremos um sumário das perturbações geralmente associadas à PHDA, comumente designadas de comorbilidades, e alguns dos critérios de diagnóstico fornecidos pelo DSM-IV-TR.

É muito enriquecedor ver o quadro-resumo apresentado por DiPiro et al. (2011: 1087-1100), Capítulo 72, onde são explicadas as diferentes formas de intervenção na PHDA, com ou sem comorbilidades associadas. Estes autores remetem também para o estudo apresentado por Pliszka et al. (2006:642-657).

5.1.1. Perturbação de Oposição

Segundo a classificação do DSM-IV-TR, o Transtorno Opositivo, assim designado neste manual de diagnóstico, aparece associado à PHDA e ao Transtorno de Conduta. A Perturbação de Oposição pode também ser designada por Perturbação de Oposição e Desafio (POD). Esta caracteriza-se por comportamentos negativistas, desafiadores, desobedientes e geralmente hostis com figuras de autoridade. Os indivíduos com POD apresentam dificuldade em comprometer-se, ceder ou negociar com adultos ou os seus pares. Poderão manifestar baixa autoestima, alterações de humor, baixa tolerância à frustração, ofender e difamar os outros e usar/ abusar de álcool, tabaco ou outras drogas. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Os critérios de diagnóstico a considerar, segundo o DSM-IV-TR, são os seguintes:

- 1) *“frequentemente perde a paciência;*
- 2) *frequentemente discute com adultos;*
- 3) *com frequência desafia ou recusa-se ativamente a obedecer a solicitações ou regras dos adultos;*
- 4) *frequentemente perturba as pessoas de forma deliberada;*
- 5) *frequentemente responsabiliza os outros pelos seus erros ou mau comportamento;*
- 6) *mostra-se frequentemente suscetível ou é aborrecido com facilidade pelos outros;*
- 7) *frequentemente mostra-se enraivecido e ressentido;*
- 8) *frequentemente é rancoroso e vingativo.”*

O DSM-IV-TR acrescenta ainda que esta perturbação prejudica as relações sociais e o desempenho académico. Os sintomas devem persistir por um período de pelo menos 6 meses e ocorrer com alguma frequência, para se poder concluir que de facto esta perturbação está presente.

A Perturbação de Oposição é bastante comum, situando-se a sua incidência entre os 1% a 15%, na população pediátrica. Habitualmente está associada a outros diagnósticos, como PHDA, constatando-se que cerca de 40% das crianças têm PHDA associada a Perturbação de Oposição. Também é frequente a Perturbação de Oposição estar associada a outras patologias como ansiedade e depressão, rondando os 20% de incidência nas crianças. (cf. Antunes, 2011).

Barkley, (1990), Hinchaw & Mchale, (1991) citados por Pinho, Mendes e Pereira (2007:12) declaram que “A Perturbação de Défice de Atenção/Hiperactividade é comum em crianças com Perturbação de Desafio Opositor.”

Antunes (2011:199) diz que “A associação de POD com PHDA é frequente, mas as duas perturbações têm diferenças. A pessoa com PHDA é impulsiva, a com POD é deliberada.”

Como já referido, tal como acontece com outras síndromes, a Perturbação de Oposição raramente acontece de forma isolada, isto é, tem, quase sempre, outras síndromes ou perturbações associadas.

“A POD é realmente um complexo sintomático que pode ser diagnosticado por si só, mas que costuma ocorrer no contexto de outros diagnósticos, como a desordem por défice de atenção / hiperactividade (DDA/H), depressão bipolar (DB), depressão ou ansiedade.” (Kutscher, 2011:153).

Frequentemente se ouve dizer que as crianças com PHDA são agressivas, mentem, aborrecem os outros, são impulsivas (não inibem os seus comportamentos), não aprendem com os seus erros ou não antecipam consequências. Todos estes comportamentos negativos e impulsivos podem estar associados à Perturbação de Oposição, pois tal como já dito anteriormente, uma síndrome quase nunca aparece sozinha. A PHDA costuma ter outras

síndromes associadas, que podem (acontecendo na maioria das vezes) ou não contribuir para o agravamento dos sintomas.

Tynan (2003, citado por Kutscher, 2011:154) prevê, referindo-se à coexistência da PHDA com outras síndromes, que “(...) 50% das crianças com DDA/H sofrem de perturbações disruptivas do comportamento.”

5.1.2. Perturbação do Comportamento

A Perturbação do Comportamento ou Problemas de Conduta tem como característica essencial a violação de direitos básicos ou normas sociais de forma repetitiva. Pode também traduzir-se em agressões a pessoas ou animais, furtos, etc. Este tipo de comportamento está presente nos mais variados contextos: social, escolar e outros. Esta perturbação causa prejuízos a nível social, ocupacional e académico.

Uma criança/jovem que tem Perturbações de Comportamento/Conduta, segundo os critérios de diagnóstico apresentados pelo DSM-IV-TR, com frequência:

- 1) “provoca, ameaça ou intimida outros;
- 2) inicia lutas corporais;
- 3) utilizou uma arma capaz de causar sérios danos físicos a outros (por ex., bastão, tijolo, garrafa quebrada, faca, arma de fogo);
- 4) foi fisicamente cruel com pessoas e animais;
- 5) roubou bens e objetos de valor;
- 6) forçou alguém a ter relações sexuais consigo;
- 7) provocou deliberadamente um incêndio;
- 8) destruiu deliberadamente a propriedade alheia;
- 9) arrombou residência, prédio ou automóvel alheios;
- 10) mente para obter bens ou favores ou para evitar obrigações legais;
- 11) permanece na rua à noite, apesar de proibições dos pais, iniciando antes dos 13 anos de idade;
- 12) fugiu de casa à noite pelo menos duas vezes, enquanto vivia na casa dos pais ou lar adotivo;
- 13) frequentemente falta à escola, iniciando antes dos 13 anos de idade.”

Os critérios de diagnóstico apresentados, de forma sucinta, devem ser repetidos e persistentes, considerando-se a presença de 3 ou mais itens durante 12 meses ou de pelo menos um nos últimos seis meses, para se fazer o diagnóstico.

“A PC, na maior parte das vezes, acompanha-se de outras perturbações, das quais a mais frequente é a PHDA (30%-50%), em geral acentuada (...).” (Antunes, 2011:202).

Muitos professores descrevem as crianças com PHDA como crianças indisciplinadas, agressivas, perturbadoras, mal-educadas e causadoras de distúrbios entre os seus pares.

“No que diz respeito à associação entre os distúrbios, são numerosos os trabalhos que comprovam que a condição co-mórbida é mais negativa do que a PHDA ou Dificuldades de Conduta isolados, verificando-se sintomas mais severos e um risco mais elevado de distúrbios antissociais.” (Pinho, Mendes e Pereira, 2007:12).

A este propósito, Moura (2008) diz que as crianças com PHDA apresentam maiores probabilidades de ter acidentes, apresentar mau comportamento escolar, desobedecer às figuras de autoridade, culpabilizar os outros pela sua conduta, perder o emprego, no caso dos adultos, entre outros.

Deve ter-se em linha de conta que, tendo a PHDA uma causa genética, com regularidade, as crianças integradas em famílias problemáticas, com um baixo nível socioeconómico e com um historial de álcool, abusos e drogas, têm maior propensão para sofrer de problemas de conduta.

5.1.3. Depressão

Segundo o DSM-IV-TR, a Perturbação Depressiva é definida pelos seguintes sintomas ou sinais: humor depressivo, alterações do apetite e do sono, diminuição de energia, pensamentos recorrentes sobre a morte, fadiga, perda de prazer e diminuição da concentração.

Winokur (1981, citado por Veigas e Gonçalves, 2009:4) define depressão “como um estado mental e físico que é caracterizado por uma mudança de humor, tornando-se infeliz, triste, desencorajado, irritável, frio, receoso, desanimado, sem esperança e abatido.”

Nas crianças nem sempre é fácil detetar sinais de depressão. No entanto, alguns sintomas são indiciadores de uma depressão, pelo que os cuidadores deverão manter-se atentos aos seguintes sinais: isolamento; envolvimento constante em lutas; dores de cabeça ou dores abdominais; tristeza; sensação de vazio; perda de motivação, de energia e de autoestima. (cf. Kutscher, 2011).

Mais uma vez, esta síndrome interliga-se com outras e com a PHDA. Apresenta alguns sinais a nível bioquímico muito semelhantes aos da PHDA, nomeadamente, ao nível da produção deficitária de alguns neurotransmissores.

“A um nível bioquímico, a depressão parece resultar de uma disfunção principalmente genética do córtex temporo-parietal direito que decorre de:

- os nervos do «locus coeruleus» (parte do tronco encefálico) não libertarem norepinefrina (neurotransmissor) suficiente para o córtex; e
- a rafe mediana (que também faz parte do tronco encefálico) não libertar serotonina (neurotransmissor) suficiente para o córtex.” (Kutscher, 2011:138).

Também na incidência da Depressão na PHDA devem ser considerados os fatores genéticos. Vários estudos e investigadores confirmam que existe uma correlação entre estas duas perturbações e a influência da genética e das ligações familiares na transmissão das mesmas, como atesta Daviss (2008), citando vários autores:

“Genetic factors may also account for the increased risk of depression in some youths with ADHD. Twin and adoption studies have indicated that ADHD is one of the most heritable psychiatric disorders, with estimates of heritability ranging from 75 to 91%.” (Thapar et al., 2005, citado por Daviss, 2008:566).

“A review of relevant family and population studies of ADHD and depression suggests a familial link between ADHD and depression, particularly in families having antisocial disorders.” (Faraone and Biederman, 1997, citado por Daviss, 2008:566).

5.1.4. Perturbação da Ansiedade

Esta Perturbação aparece no DSM-IV-TR dividida em diferentes transtornos, como por exemplo, os ataques de pânico, fobias sociais ou Transtorno de Ansiedade Generalizada. Todas elas estão associadas a ataques de pânico, perda do controlo, falta de

ar, preocupação excessiva, perturbação aguda do stress, perturbação obsessiva compulsiva, entre outras. Todos estes comportamentos não são controlados facilmente, afetando a qualidade de vida do indivíduo que deles sofre.

Kutscher (2011) debruça-se sobre as estatísticas, dizendo que:

“As taxas de prevalência da PAG vão de 2% a 9% para as raparigas e de 1% a 4% para os rapazes.” E acrescenta ainda que “De forma geral, parece que a sobreposição do temperamento genético, da educação dada pelos pais, dos sistemas de apoio e de experiências de vida leva ao desenvolvimento da PAG.” (Bernstein e Layne, 2004, citados por Kutscher, 2011:110).

O mesmo autor diz que estas crianças apresentam um risco mais elevado de sofrer de outras síndromes simultâneas e que os problemas tendem a agravar-se uns aos outros. Destaca também que a probabilidade que uma criança com PAG tem de sofrer de défice de atenção/hiperatividade está estimada na proporção de 1 para 4. (Bernstein e Layne, 2004 citados por Kutscher, 2011:111).

Os principais sinais identificadores de PAG são:

- “Preocupação com seis ou mais coisas ao mesmo tempo;
- Acréscimo de preocupação excessiva em relação à população em geral;
- Preocupação com acontecimentos futuros;
- Preocupação com coisa banais;
- Preocupações mais intensas, mais fortes, mais dolorosas e devastadoras;
- Insónia, fraca concentração ou tensão;
- Dores de cabeça, dores abdominais, entre outros.” (cf. DSM-IV-TR).

Reiterando o que foi dito anteriormente, alguns autores definem a Perturbação de Ansiedade da seguinte maneira.

Fonseca (1998, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:11) diz que “atendendo às variações de taxas apresentadas por estudos realizados, é difícil determinar se os distúrbios de atenção, desorganização e hiperactividade são um reflexo de um distúrbio hipercinético ou de um distúrbio de ansiedade.”

Kaplan e Sadock, (1984, citado por Godoy, 2002, citado por Veigas e Gonçalves, 2009:4) definem Perturbação de Ansiedade como “uma antecipação temerosa de um

acontecimento futuro desagradável, e uma emoção experimentada pela pessoa como uma ameaça tanto física quanto psíquica que provoca uma reação de alerta.”

5.1.5. *Dificuldades de Aprendizagem*

São muitas as dificuldades de aprendizagem associadas à PHDA, apresentadas por diferentes autores. Todas elas se relacionam com o facto das crianças com PHDA não conseguirem estar concentradas e focar a sua atenção num determinado trabalho ou conteúdo durante um longo período de tempo, o que subsequentemente origina problemas de leitura e de escrita, afetando, de modo geral, o rendimento escolar.

Segundo Barkley (citado por Lopes, 2004):

“tem-se por relativamente incontroverso que as crianças hiperactivas têm níveis de realização escolar baixos e significativamente inferiores às suas capacidades, resultando estas dificuldades (...) dos problemas de atenção, impulsividade e, sobretudo, da irrequietude que em contexto de sala de aula é bastante punida.” (Pinho, Mendes e Pereira, 2007:10).

Estas dificuldades surgem porque nas crianças com PHDA a atenção e concentração estão afetadas e como são muito importantes para a aquisição de competências de leitura e de escrita, acabam por afetar também a compreensão e a linguagem.

Na opinião de Pinho, Mendes e Pereira (2007:10):

“(...) 20% a 30% das crianças com PHDA apresentam dificuldades específicas que interferem na sua capacidade de aprender”. Acrescentam ainda, citando Barkley (citado por Lopes, 1998) que “estes problemas não traduzem um atraso global na linguagem e os problemas reflectem-se mais na linguagem expressiva do que na linguagem receptiva.”

Fonseca (1998:28-29, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:10) refere que a associação entre hiperatividade e dificuldades de aprendizagem continua presente na adolescência, “encontrando-se por isso, maior risco de insucesso e de abandono precoce da escola.”

Uma das dificuldades de aprendizagem mais frequentemente associadas à PHDA é a Dislexia.

A Dislexia é definida por Carreteiro (2009:3) citando Habib (2000), Démonet, Taylor e Chaix (2004) como “um conjunto de alterações que têm em comum uma perturbação ou atraso na aquisição, aprendizagem, processamento da leitura, na ausência de qualquer outra limitação ou alteração das capacidades intelectuais.”

Carreteiro (2009:3), citando Carreteiro (2003a), acrescenta que “A dislexia pode ser adquirida - quando surge na sequência de traumatismo ou lesão cerebral -, ou de desenvolvimento - perturbação ou atraso na aquisição da leitura.”

Comummente associados à dislexia estão outros sintomas. Salyer, Holmstrom e Noshpitz (1991, citados por Carreteiro, 2009:6) afirmam que:

“têm sido citados os seguintes sintomas em perturbações de aprendizagem: dificuldades no relacionamento interpessoal, baixa tolerância à frustração, dificuldade no controlo dos impulsos e problemas de comportamento que incluem a hiperactividade e a falta de atenção.”

As crianças/ jovens com Dislexia revelam alguns comportamentos semelhantes ou muito próximos das crianças com PHDA, pois amiudadamente uma aparece associada à outra.

Antunes (2011:54) comenta que “(...) é comum as crianças com Dislexia terem também défice de atenção, perturbações motoras, distúrbios da linguagem, e naturalmente outras dificuldades de aprendizagem específicas (...)”

Carreteiro (2009:7) assegura que:

“Segundo Sundheim e Voeller (2004) e Knivsberg e Andreassen (2008), a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) é a perturbação mais frequentemente associada com a dislexia, sendo o contrário também verdadeiro quando se observam crianças com PHDA, havendo também estudos que referem uma associação entre dificuldades de leitura, perturbações da conduta e posteriormente, perturbações de personalidade antissocial.”

Selikowitz (2010:70) reitera a mesma opinião ao dizer que “Embora a dislexia possa ser um problema isolado numa criança, é muito mais comum em crianças com PHDA do que nas outras crianças.”

Igualmente, também a depressão ou a ansiedade, perturbações co-mórbidas da PHDA, afetam as crianças com dislexia.

“A depressão parece ser outra comorbilidade frequente da dislexia: 33% dos adolescentes com dislexia foram diagnosticados com depressão.” (Sundheim e Voeller, 2004, citado por Carreteiro, 2009:8).

Outra dificuldade de aprendizagem comum nas crianças com PHDA é a disgrafia. A disgrafia é uma dificuldade na escrita de origem neurológica. “Atinge cerca de 8% das crianças, em regra, em associação com outros problemas, nomeadamente a Dislexia. Cerca de 60% das crianças com défice de atenção também têm Disgrafia.” (Antunes, 2011:59).

Como se constata mais uma vez, as dificuldades específicas de aprendizagem estão associadas ao défice de atenção, que, por sua vez, é um critério de diagnóstico da PHDA.

5.1.6. Perturbação de Tourette

Segundo o DSM-IV-TR, os critérios de classificação estão diretamente relacionados com o Diagnóstico Diferencial para os Transtornos de Tique. Assim, a Perturbação de Tourette está associada ou é caracterizada por tiques vocais ou motores, que ocorrem várias vezes ao dia e cujos sintomas devem estar presentes durante um ano. Estes sintomas vão-se alterando com o passar do tempo, quer em número de ocorrências e/ou frequência, quer em gravidade. Os mais comuns são mexer a cabeça, o tronco ou os membros inferiores, piscar os olhos, pigarrear e/ou tossir. Numa percentagem mais reduzida de pessoas que sofrem desta perturbação, poderão verificar-se outros tipos de comportamentos mais agressivos, quer a nível físico, quer oral.

Antunes (2011:208) apresenta uma definição para tiques:

“são movimentos rápidos, bruscos, estereotipados, que ocorrem a intervalos regulares e sem intenção útil. (...). Os tiques motores consistem em piscar os olhos ou «revirá-los», fazer caretas, encolher os ombros, fungar, aclarar a garganta e tossir (...) dar pulos, tocar no chão ou em objectos, ajustar a roupa ou cuspir (...). Tiques vocais consistem na produção de palavras, algumas vezes obscenas, na repetição do que foi ouvido (ecolalia), ou de palavras ditas pelo próprio (palilalia). Uma característica comum aos tiques é serem precedidos de uma sensação que o tique alivia (...).”

Os jovens com Síndrome de Tourette têm outras patologias associadas, nomeadamente, outras doenças psiquiátricas, como PHDA ou Perturbação Obsessiva-Compulsiva. Também têm alterações do humor, impulsividade, agressividade, dificuldades na socialização e problemas com as famílias.

“A PHDA é a patologia comportamental mais vezes associada à ST (Síndrome de Tourette), podendo surgir em cerca de metade dos casos (...). A incidência de PHDA (na ST) é cerca de oito vezes a da população em geral.” (Antunes, 2011:213).

Kutscher (2011:129), citando a Dr^a. Leslie Packer, uma psicóloga especializada em Tourette, afirma que:

“A síndrome Gilles de la Tourette é uma condição altamente co-mórbida. (...) muitas pessoas com Tourette também sofrem de outras condições, como desordem por défice de atenção/ hiperactividade (DDA/H), perturbação obsessivo-compulsiva (POC), ansiedade, depressão ou dificuldades de aprendizagem.”

Waslick e Greenhill (2004: 92, citados por Kutscher, 2011:129) indicam um dado muito interessante acerca das percentagens de prevalência da coexistência da Perturbação de Tourette com a PHDA, “60% das pessoas com Tourette sofrem de DDA/H; 7% das pessoas que sofrem de DDA/H têm tiques.”

King e Leckman (2004: 709 a 715, citados por Kutscher, 2011:129) apresentam alguns factos médicos interessantes sobre a prevalência desta síndrome em rapazes e raparigas, dos estudos realizados em gémeos, da coexistência com outras síndromes ou

perturbações, nomeadamente a PHDA e a relação dos sintomas desta síndrome com a atividade dos neurotransmissores. Realçamos os seguintes:

- “A síndrome Gilles de la Tourette ocorre 3 a 4 vezes mais frequentemente nos rapazes do que nas raparigas.
- Se um gêmeo verdadeiro sofrer desta síndrome, então o seu gêmeo tem uma probabilidade superior a 50% de também sofrer da mesma.
- POC, ansiedade, DDA/H e tiques são frequentes nas mesmas famílias.
- Em termos de biodinâmica, os tiques parecem estar relacionados com demasiada actividade por parte dos neurotransmissores: a dopamina e a norepinefrina.”

Sobre a questão da maior incidência desta síndrome nos rapazes em relação às raparigas, DiPiro (2011:1087-1100) reitera os dados apresentados por Kutscher, dizendo que *“Tourette’s disorder (...) is present in 0,7% to 1% of boys and 0,4% of girls.”*

Em jeito de conclusão, Antunes (2011) afirma que a presença dos tiques na PHDA levanta algumas questões quanto ao uso do metilfenidato no tratamento da PHDA, pois há crianças que melhoram e outras que pioram.

5.1.7. Abuso de Drogas

Está comprovado por vários estudos que as crianças e mais tarde, adolescentes com PHDA, têm uma incidência muito maior de usar e abusar de substâncias ilícitas como drogas, álcool ou tabaco, por apresentarem comportamentos disruptivos e muitas vezes associados a outras perturbações como a Perturbação de Comportamento e Conduta ou por fatores exógenos, como os fatores ambientais, nomeadamente a influência do ambiente familiar, meio sociocultural e socioeconómico.

“Children with ADHD are more likely to have problems in school, graduating from high school, maintaining a job, abusing drugs, or having healthy relationships.” (Speert, 2012:49-50).

Antunes (2011:162-163) comenta que “É sabido que a utilização e dependência de substâncias ilícitas, bem como o tabagismo, estão claramente aumentados em jovens com PHDA.”

Antunes (2011:162-163) apresenta um estudo realizado nos EUA cujos números traduzem esta realidade, de entre os quais se extraiu apenas os que comprovam o uso de substâncias ilícitas: “58% uso ilegal de drogas.”

Apesar de haver um risco maior de abuso de substâncias em jovens com PHDA, os jovens não tratados, i.e., sem qualquer tipo de intervenção farmacológica, apresentam um risco ainda mais elevado em relação aos jovens medicados (cf. DiPiro, 2011), pelo que a intervenção correta será com o uso de medicação, regularmente controlada pelo médico assistente.

5.1.8. Problemas Emocionais

As pessoas com PHDA são agitadas e preocupadas com tudo e têm dificuldade em concentrar-se em certas tarefas. O facto de se esquecerem com frequência das coisas fá-las ficar ansiosas. Podem também ser pessoas muito negativas, irritadiças e mal-humoradas. As alterações do humor nas crianças/jovens com PHDA são uma consequência da desregulação dos neurotransmissores, nomeadamente da serotonina.

Faraone et al. (citado por Fonseca, 1998, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:11) “refere que o grupo misto de hiperactividade e depressivo formam um tipo diferente de distúrbio, uma forma de psicopatologia grave caracterizada por uma desregulação do humor (...).”

Muitas vezes há a tendência de caírem em atitudes depressivas, possuindo por isso uma baixa autoestima e sendo dominadas por sentimentos de tristeza.

“Estudos indicam que as taxas de prevalência de hiperactividade em crianças depressivas variem entre os 57% e os 95%.” (Pinho, Mendes e Pereira, 2007:11).

Os problemas emocionais nas crianças/jovens com PHDA coexistem frequentemente com uma Perturbação de Ansiedade ou Depressão. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

5.1.9. Problemas Motores

A hiperatividade manifesta-se na incapacidade do indivíduo controlar os seus movimentos. Estes indivíduos são incapazes de estar quietos, não são capazes de ficar sentados durante muito tempo, como às vezes se espera que o façam, especialmente na escola. Este é um aspeto muito referido pelos professores que lidam com crianças/jovens com PHDA nas turmas de ensino regular.

A falta de habilidade motora pode também manifestar-se ao nível da motricidade fina, que requer mais concentração, atenção e minúcia.

Na opinião de Lefèvre, citado por Pinho, Mendes e Pereira (2007:12):

“Os objetos ao seu redor correm permanente perigo: as pontas dos lápis, os copos, os botões das camisas, as cadeiras que são colocadas à prova quando sobre elas se atiram para sentar, os brinquedos, o aparelho de TV, enfim, tudo que esteja ao seu alcance.”

Em suma, a criança e mais tarde o jovem e adulto com PHDA apresentam baixo rendimento escolar, de forma geral, que depois resultam no abandono escolar; baixa produtividade no trabalho; relações sociais enfraquecidas ou inexistentes; tendência para o uso de drogas ou outras substâncias; problemas de conduta/ comportamento, com atitudes violentas e agressivas, antissociais e de gravidez precoce; e ainda, tendência para comportamentos depressivos e perturbações da personalidade. Muitas vezes estes comportamentos coexistem com a PHDA e síndromes associadas.

Capítulo 6: Diagnóstico Diferencial

6.1. Diagnóstico Diferencial

Uma vez que a PHDA, e em especial a hiperatividade, são muitas vezes confundidas com outras perturbações torna-se difícil fazer um diagnóstico só de PHDA, e, por isso, deve ter-se em conta todo o contexto envolvente e outras perturbações adjacentes na hora de fazer o diagnóstico.

Apesar de a hiperatividade ser por vezes identificada como um problema de comportamento, deve-se fazer a clara distinção de que esta está associada ao comportamento cognitivo, nomeadamente à falta de atenção, à impulsividade e à hiperatividade e não a comportamentos de agressividade, hostilidade ou outros do foro social, a não ser que haja outra patologia associada. Sendo considerada como um problema de comportamento há, muitas vezes, a ideia de que a criança hiperativa é imatura, por apresentar comportamentos disruptivos.

Gutiérrez e Solin (1990) citados por Vásquez (in Bautista, 1997:170):

“(...) abordam as relações complexas que existem entre os comportamentos disruptivos, alteração emocional e dificuldades de aprendizagem; embora assinalando critérios para a sua diferenciação, não podemos esquecer que, na criança hiperactiva, podem apresentar-se associados.”

Frequentemente, a hiperatividade é confundida com problemas de aprendizagem. Na realidade, nem todas as crianças com problemas de aprendizagem são hiperativas. Reiterando esta ideia, Vásquez (in Bautista, 1997:170) afirma que “Ao contrário, nem todas as crianças com dificuldades de aprendizagem são hiperactivas e os seus problemas relacionam-se com a aprendizagem (...)”

Da mesma opinião são os autores Fisher e Beckley (1999) que dizem que o diagnóstico diferencial é muito importante, pois a PHDA pode ser facilmente confundida com outras perturbações ou síndromes, nomeadamente: hipertiroidismo, dificuldades de aprendizagem e síndrome de Tourette.

O que mais importa quando se faz o diagnóstico diferencial, segundo Velasco Fernández (1980, citado por Vásquez, in Bautista, 1997:170) “(...) é constituído pela evolução do caso, a história da perturbação, a sua situação atual e, supostamente, os resultados de escalas e questionários.”

Os autores Miranda e Santamaria (1986), citados por Vásquez (in Bautista, 1997:170-171) apresentam um conjunto de critérios a considerar no momento de fazer o diagnóstico diferencial da PHDA:

“Presença de:

- Défice de atenção.
- Impulsividade.
- Excesso de actividade motora.
- Inteligência normal.
- Opinião de pais e professores quanto ao comportamento da criança.
- Sintomatologias associadas: enurese¹³, agressividade, dificuldade nas relações interpessoais, etc.

Ausência de:

- Lesões cerebrais comprovadas.
- Condições socioambientais muito deficitárias.”

Lino (2005) diz que quando se faz o diagnóstico de PHDA se torna necessário destrinchá-la de outros sintomas como:

- Comportamentos adequados à idade das crianças (correr sem parar ou ter comportamentos ruidosos);
- Crianças com um baixo Q.I. (quando comparadas com outras num mesmo contexto);
- Deficiência mental;
- Falta de atenção com elevado Q.I. (por falta de um ambiente escolar estimulante);
- Falta de atenção em crianças pertencentes a meios familiares desorganizados;
- Outras perturbações mentais, como transtorno bipolar, de ansiedade, dissociativa¹⁴, de personalidade, entre outras.

¹³ Emissão involuntária ou inconsciente da urina; incontinência de urinas. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

¹⁴ As perturbações dissociativas incluem a amnésia dissociativa, a fuga dissociativa, a perturbação de identidade dissociativa e um conjunto de situações de definição mais difusa que os psiquiatras denominam perturbação dissociativa sem outros dados específicos. Estas perturbações dissociativas são frequentemente despoletadas por níveis excessivos de stress. (cf. Manual Merck).

Capítulo 7: Avaliação da PHDA

7.1. *Avaliação*

A avaliação é um momento muito importante e crucial, pois é ela que permite confirmar o diagnóstico e a utilização mais eficiente de um determinado tratamento.

Selikowitz (2010:150) diz que “É essencial fazer uma avaliação pormenorizada das áreas mais fortes e mais fracas de uma criança para se conseguir um diagnóstico correcto e planear as estratégias apropriadas de apoio à criança.”

Além disso, esta deve ser feita o tão antecipadamente quanto possível, face às consequências sociais, escolares e familiares que daí podem advir. Para que esta avaliação seja feita de forma rigorosa, os pais e os professores, em primeiro lugar, e depois o médico, deverão estar alerta para todos os sinais indicadores de comportamentos disruptivos.

Depois de identificada a problemática, a criança é sinalizada e faz-se uma avaliação. Será necessário, para isso, recolher elementos sobre a criança, i.e., fazer uma recolha anamnésica¹⁵, fazendo-se consulta dos processos médicos e psicológicos da criança.

Esta informação deverá:

“(…) conter dados relativos à história pré, peri e pós-natal, ao desenvolvimento infantil, à história clínica e médica, à história familiar, social e escolar, às dinâmicas familiares, ao comportamento disruptivo que a criança actualmente evidencia nos diversos contextos (...), entre outros factores que possam ser igualmente importantes para o diagnóstico.” (Barkley, 1991; Lopes, 2003; Rohde & Halpern, 2004, citado por Moura, 2008:7).

Velasco Fernández (1980, citado por Vásquez, in Bautista, 1997:167):

“considera que a história clínica é a mais importante fonte de dados: o desenvolvimento evolutivo da criança, a sintomatologia actual, o ambiente familiar, as normas educativas, etc. Esta informação deve ser completada com os dados que (...) serão proporcionados pelo professor sobre o comportamento da criança, através de relatórios ou escalas de observação.”

¹⁵ Relativo à anamnese-conjunto de informações dadas ao médico pelo paciente, mediante interrogatório, sobre o seu passado e a história da sua doença. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

A avaliação deverá ser feita por especialistas na área, de forma rigorosa. Depois da primeira fase de recolha de dados sobre a criança, passa-se à fase seguinte, a da aplicação de diversas escalas/testes, aos pais, à criança e aos professores ou outros que estejam em contacto com a criança.

São, atualmente, utilizadas e validadas as seguintes escalas ou *checklists*¹⁶, entre muitas outras conhecidas.

- **“A SNAP-IV Rating Scale e a SWAN Rating Scale** (ambas de James M. Swanson) são questionários baseados nos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR. Na SNAP-IV Rating Scale encontram-se listados os 18 sintomas, tal como estão descritos no DSM-IV-TR, categorizados numa Escala de Likert de 4 pontos. A SWAN Rating Scale é uma evolução da escala anterior, onde os 18 itens refletem um comportamento normativo da criança, encontrando-se categorizados numa escala de 7 pontos (pontuação entre -3 e +3) que são indicativos do grau de severidade dos comportamentos evidenciados.
- **As escalas de Conners (Conner’s Rating Scales- CRS-R)** são, provavelmente, os instrumentos clínicos mais utilizados no diagnóstico da hiperatividade em crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos. Existem duas escalas (escala para pais e escala para professores) e duas versões (versão completa e versão reduzida). A sua versão completa avalia as seguintes dimensões: Oposição, Problemas Cognitivos e Desatenção, Hiperatividade, Ansiedade/Timidez, Perfeccionismo, Problemas Sociais, Problemas Psicossomáticos¹⁷ (presente apenas na escala para pais), Índices Globais de Conners, Sub-Escalas DSM-IV-TR e Índices PHDA. (Conners, 1997).
- **A ADHD Rating Scale-IV** (DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998) que é constituída por 18 itens relativos aos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR. Existem duas versões (versão casa e versão escola) que avaliam o comportamento da criança relativamente aos três subtipos da PHDA.
- **As escalas desenvolvidas por Russell A. Barkley**, designadas por Home Situations Questionnaire (HSQ) e School Situations Questionnaire (SSQ), são instrumentos que permitem aos pais e professores classificarem, em termos de severidade, os problemas de atenção e concentração que a criança exhibe (estas escalas não apresentam itens relativos à hiperactividade-impulsividade). A escala para pais é constituída por 14 itens, enquanto que a escala para professores apresenta 8 itens.
- **Os instrumentos de avaliação clínica de Achenbach**, apesar de não serem específicos para a avaliação da PHDA, são bastante utilizados, pois para além de apresentarem um significativo poder discriminativo da PHDA (factor: Problemas de Atenção), revelam também outros importantes indicadores clínicos. O Child Behavior Checklist (CBCL) é de aplicação aos pais de crianças entre os 4 e os 18 anos, o Teacher Report Form (TRF) é de aplicação a professores de crianças em idade escolar,

¹⁶ Listas de controlo, de verificação. (cf. Dicionário de Inglês-Português online da Porto Editora).

¹⁷ Distúrbios orgânicos e funcionais favorecidos ou agravados por fatores psíquicos. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

enquanto que o Youth Self Report (YSR) é para administração às próprias crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos. Estes três instrumentos possuem uma estrutura análoga, constituída por 8 factores: Isolamento, Queixas Somáticas, Ansiedade/ Depressão, Problemas Sociais, Problemas de Atenção, Problemas de Pensamento, Comportamento Agressivo e Comportamento Delinquente.” (Moura, 2008:7-8, com adapt.).

Vásquez (in Bautista, 1997, com adapt.) sugere a consulta de um conjunto de baterias de testes que poderão ser usados, presentes na obra de Miranda e Santamaria (1986):

- “Inventário de situações em casa (Barkley, 1981);
- Inventário de situações na escola (Barkley, 1981);
- Escala de autocontrolo de Kendal e Wilcox (para crianças dos 8-12 anos);
- Inventário de problemas de comportamento de Bekar e Stringfield (1974) (para crianças dos 3-6 anos);
- Inventário de Block e Block (1980);
- Inventário de comportamento para crianças em idade pré-escolar.”

Outra forma importante de avaliação é a observação direta da criança e dos seus comportamentos, isto para evitar os chamados falsos comportamentos, quando são avaliados numa situação clínica.

A avaliação neuropsicológica também é um marco importante na avaliação, na medida em que permite a avaliação das alterações nas funções executivas em crianças com PHDA e as suas implicações na aprendizagem. (cf. Moura, 2008).

Pode ser ainda necessário procurar uma avaliação de outras especialidades médicas para identificar possíveis problemáticas que podem gerar problemas de atenção: problemas visuais, auditivos, análises intelectuais ou de outras patologias.

Outro tipo de testes que permitem fazer uma avaliação da PHDA. São os testes psicológicos.

Segundo Lino (2005, com adapt.) podemos considerar os seguintes testes, divididos da seguinte forma:

➤ Testes de Inteligência

- **Weschler Intelligence Scale for Children (WISC)**

Escala de medição da inteligência, aplicada a crianças entre os 6 e os 16 anos de idade; é constituída por gravuras, cubos, puzzles, labirintos, etc.

- **Weschler Adult Intelligence Scale (WAIS)**

Escala de informações verbais aplicada aos adultos (geralmente aos pais e professores) para determinar o Q.I. da criança; também é constituída por imagens, cubos, objetos, etc.

- **Matrizes progressivas de *Raven***

Teste de escolha múltipla, que também serve para avaliar a inteligência da criança.

- **Teste de Binet-Terman**

Teste para cálculo do Q.I.

- **Desenho da figura humana**

Teste projetivo da personalidade ou teste cognitivo com propósitos psicométricos, através de desenhos para além da figura humana.

➤ Testes de avaliação perceptivo-psicomotor

- **Teste de *Bender-Gestalt***

Teste que serve para detetar possíveis lesões cerebrais. Este consiste num conjunto de cartões que são mostrados à criança. Depois, é-lhe pedido que os copie para uma folha branca. Este teste demora entre 7 a 10 minutos.

- **Cópia de figuras geométricas**

Teste onde se pede que sejam copiadas 9 figuras para uma folha branca. Demora entre 7-10 minutos.

➤ Provas projetivas

- **Children Apperception Test (CAT)**

Teste aplicado a crianças entre os 3 e os 10 anos de idade, para medir traços da personalidade, atitudes, psicodinâmica, etc.

- **Thematic Apperception Test (TAT)**

Teste que avalia os padrões de pensamento, atitudes, capacidade de observação e emoções.

Os testes nem sempre são os que dão ao profissional de saúde a indicação conclusiva sobre o diagnóstico, visto que todos eles são realizados em ambiente de consultório, onde à partida, e sabendo que vai realizar um teste, a criança poderá demonstrar níveis de concentração e atenção elevados, sendo os resultados “falsos”, ou, pelo menos, não totalmente indicativos do que se pretende aferir.

Existem ainda outras formas de sinalizar a PHDA nas crianças e adultos:

1. A avaliação neurológica – apesar de haver consenso que esta desordem não está marcada por graves problemas neurológicos, as lesões por vezes a ela associadas, podem explicar outros sintomas como a descoordenação motora, movimentos involuntários, falta de atenção.
2. A avaliação através de exames de imagem - estes exames poderão ser aplicados para despiste de suspeita de eventuais lesões cerebrais ou de verificação da atuação da medicação estimulante, nas áreas afetadas, embora não exista correlação entre a PHDA e uma lesão cerebral específica. (cf. Lino, 2005).

A avaliação passa um pouco por todos os intervenientes na vida da criança/jovem: família, professores e profissionais de saúde. Cada um terá um papel importante no despiste da PHDA e no seu tratamento.

Os professores são os primeiros a ter contacto com a criança podendo, por isso, notar, desde logo, se ela apresenta sintomas ou sinais diferentes dos demais alunos e alertar os pais.

A família, por sua vez, deverá informar-se sobre a PHDA, sobre como atuar perante o seu filho e procurar ajuda médica.

Ao médico caberá fazer o diagnóstico baseado numa avaliação cuidada e criteriosa, através do historial clínico, de testes e do acompanhamento quando for recomendada a toma de medicação.

É um trabalho conjunto, como já referido neste estudo várias vezes.

Sobre isto, Parker (2003:18) afirma que “Os pais necessitarão de coordenar as atividades com os membros da equipa de tratamento, de forma a trabalharem em conjunto no melhor interesse da criança.”

Capítulo 8: Intervenção na PHDA

8.1. *Intervenção*

Tendo em conta que a PHDA não tem cura e que esta se apresenta em grupos heterogéneos, a intervenção, seja ela qual for, deve adaptar-se a cada indivíduo. Só pelo conhecimento de cada caso, poderão ser aplicadas diferentes técnicas de intervenção, desde a medicação, às terapias comportamentais, cognitivas ou psicossociais.

As formas de intervenção devem ainda ser consideradas tendo em linha de conta os recursos disponíveis.

As diferentes metodologias de intervenção devem ser combinadas e devem basear-se em programas estruturados e específicos para cada etapa evolutiva (cf. Rodrigues, 2008), dada a natureza multifactorial da PHDA, - e entenda-se por multifactorial, a ideia de que causas variadas exigem tratamentos diferenciados, logo também o tratamento da PHDA deverá combinado, i.e., deverá usar a medicação em conjugação com diferentes abordagens de intervenção, nomeadamente as cognitivo-comportamentais.

“A intervenção não deve ser sempre a mesma ao longo do desenvolvimento. (...) deve ser ajustada aos períodos e circunstâncias de vida de cada indivíduo. (...) a intervenção na PHDA pode ser de tipo farmacológico, não farmacológico, psicossocial ou de tipo multimodal ou combinado.” (Rodrigues, 2008:9-18).

Podemos considerar as seguintes formas de intervenção/ tratamento da PHDA:

- Tratamento de tipo farmacológico;
- Tratamento de tipo não farmacológico;
- Tratamento psicossocial (ou de tipo multimodal ou combinado);
- Intervenção na escola.

8.1.1. *Tratamento de tipo farmacológico*

O primeiro estudo clínico de que se tem registo, avaliando a eficácia de um estimulante para o tratamento da síndrome de hiperatividade, data do ano de 1937.

Charles Bradley dirigiu um estudo em que se administrava anfetamina (benzedrina) a um grupo de crianças hiperativas e obteve resultados muito positivos.

Em 1944, sintetizou-se pela primeira vez o metilfenidato, tendo sido patenteado em 1954. A ação do metilfenidato sobre o organismo humano revelou surtir menos efeitos secundários: a redução do apetite e a insónia mostraram-se menos frequentes e melhor toleradas. (cf. APCH).

O tratamento mais conhecido e mais recorrente na PHDA é o recurso a fármacos, embora não haja unanimidade entre os estudiosos no seu uso como único método de intervenção. O que se estipula como tratamento para a PHDA é uma combinação de medicação com terapias de comportamento.

Antunes (2011:166) assevera que:

“o tratamento global de uma criança com PHDA envolve na maioria das vezes a combinação de intervenções comportamentais e farmacológicas, até porque a medicação não é útil na melhoria das patologias associadas à PHDA, como a perturbação de oposição e desafio.” Reforça ainda que “a medicação (...) é a intervenção mais eficaz na redução dos sintomas da PHDA, nomeadamente na desatenção e hiperactividade.”

Para Falardeau (1999, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:13):

“o tratamento da hiperactividade com medicamentos só deve ser considerado depois de uma avaliação completa feita por especialistas e na certeza do seu diagnóstico. Refere os medicamentos estimulantes como os mais utilizados no tratamento da hiperactividade, presumindo que têm um efeito positivo sobre o nível de actividade cerebral e que aumentam a disponibilidade de alguns neurotransmissores cerebrais.”

Nielsen (1997:60) é da mesma opinião reiterando que “A decisão de recorrer a medicação só deve ser tomada depois de ter tido lugar uma avaliação muito cuidadosa e depois de os pais terem sido consultados.”

O uso de fármacos para o tratamento da PHDA melhora claramente a qualidade de vida da criança/jovem.

“As crianças hiperactivas apresentam uma menor actividade cerebral nas áreas frontais do cérebro (Barkley, 2006; Lou, Henriksen, Bruhn& Nielson, 1989; Sieg, Gaffney, Preston & Hellings, 1995) e a administração de medicamentos psicoestimulantes (Metilfenidato) faz aumentar essa mesma actividade cerebral, o que permite uma melhoria comportamental nestas crianças (Langleben et al., 2002).” (Moura, 2008:6)

Kutscher (2011) fala das vantagens da medicação estimulante dizendo que aumentam os níveis de dopamina e norepinefrina, que ativam os lobos frontais, que por sua vez passam a efetuar melhor as funções executivas, que ajudam na inibição das distrações e da impulsividade.

Sosin e Sosin (2006) referem que a medicação estimulante é o tratamento mais eficaz para os principais sintomas da PHDA e que depois deste tratamento, os jovens conseguem estar com mais atenção nas aulas e ter mais controlo sobre a sua impulsividade.

“A verdade é que nenhum profissional médico informado que lide com DDA não tem a mais pequena dúvida sobre a necessidade de medicação para gerir esta problemática.” (Barkley, 1995, citado por Sosin e Sosin, 2006:87).

A autora Joana Ferreira (2008) apresenta estatísticas sobre o uso da medicação, bastante representativas da realidade da PHDA. Fala-nos também da realidade portuguesa, traduzida em números.

“A prescrição de medicamentos para tratamento da Perturbação da Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA) aumentou, em todo o mundo, 274%, entre 1993 e 2003. Calcula-se que em Portugal entre 6 a 8 mil crianças e adolescentes estejam a tomar este tipo de medicação (dados de 2006, com base nas vendas). Em 2004, estimava-se que 3 mil crianças tomassem medicamentos para a PHDA, enquanto que em 2003 eram apenas 400.” (Pais e Filhos, 2007, citado por Ferreira, 2008:33).

Apesar da medicação se apresentar como vantajosa, há situações em que ela será desnecessária ou não poderá ser aplicada, por intolerância.

“Nem todas as crianças com DDA necessitam de medicação, quer porque os seus défices são ligeiros e podem ser geridos através de estratégias de modificação do comportamento quer porque os ambientes escolar e familiar são passíveis de sofrerem mudanças, de forma a compensarem os défices de atenção da criança.” (Parker, 2003:19).

Existem três categorias de medicamentos, segundo Lino (2005), que podem ser usados no tratamento da PHDA: os estimulantes, os antidepressivos e os adicionais. Todos eles podem ter de ser combinados para uma melhor eficácia.

“Os medicamentos **estimulantes** são:

- Metilfenidato (conhecido sob o nome comercial de Ritalina®);
- Dextroanfetamina (conhecido sob o nome comercial de Dexedrina®);
- Pemolina (conhecido sob o nome comercial de Cylert®).” (Lino, 2005, com adapt.).

O metilfenidato começou a ser usado há mais de 60 anos nos EUA. É uma substância largamente testada e, provavelmente, o medicamento com ação no SNC das crianças mais estudado. (cf. Antunes, 2011).

O que o metilfenidato faz é repor os níveis de Dopamina, que nas crianças com PHDA é produzida em poucas quantidades, melhorando a concentração.

O sucesso do uso do metilfenidato chega aos 80%. No entanto, nem todas as crianças reagem bem ao medicamento (cf. Antunes, 2011). Nestes casos, poderá ser necessário rever o diagnóstico e a medicação usada.

O medicamento deve começar a ser usado logo que é feito o diagnóstico, sob pena de se agravarem mais ainda os sintomas da perturbação.

Todos os medicamentos têm formas de atuar distintas, pelo que deverão ser adaptados às necessidades das crianças. Alguns atuam por 4h, outros por 8h e outros por 12h. (cf. Antunes, 2011).

No uso de medicação para a PHDA, os estimulantes de curta duração estão a ser substituídos pelos de maior duração, pois permitem a libertação da substância ativa por um período mais longo e beneficiam as crianças na sua rotina diária. (cf. Kutscher, 2011).

O uso de estimulantes nas crianças e jovens com PHDA atua sobre os neurotransmissores e fazem, assim, aumentar a concentração, diminuir a impulsividade e a hiperatividade. Reduzem também a ansiedade e a depressão.

“Os estudos revelaram que, quando as crianças com PHDA tomam um medicamento adequado, as melhorias são vastas e afectam a aprendizagem, o comportamento, as competências sociais e o estado emocional.” (Selikowitz, 2010:205).

Requerem, no entanto, um acompanhamento periódico para verificar se está tudo bem com a criança, como está a reagir aos fármacos e se é preciso fazer ajustes nas dosagens.

Alguns dos medicamentos **antidepressivos** mais usados são:

- “Imipramina (sob o nome comercial de Tofranil®);
- Fluoxetina (sob o nome comercial de Prozac®);
- Sertralina (sob o nome comercial de Zoloft®).” (Lino, 2005, com adapt.).

Os medicamentos antidepressivos são benéficos para o tratamento da atenção, hiperatividade e impulsividade. Geralmente, estes medicamentos são combinados com os estimulantes, nomeadamente, o metilfenidato.

Também os antidepressivos têm alguns efeitos secundários muito semelhantes aos referidos na literatura, para os fármacos psicoestimulantes. De entre vários, o mais grave será taquicardia ligeira, pelo que é recomendável que o médico assistente solicite a realização de um eletrocardiograma antes da prescrição destes fármacos. (cf. Parker, 2003).

Estes medicamentos aumentam os níveis de serotonina e de norepinefrina, que atuam no tronco cerebral, provocando uma melhoria no humor.

Sosin e Sosin (2006) dizem que com frequência ocorrem casos de depressão em pessoas com PHDA e que o uso de antidepressivos também tem um efeito benéfico na redução de comportamentos obsessivo-compulsivos, que muitas vezes coexistem com a PHDA.

“Os medicamentos **adicionais** são:

- Medicação usada para diminuir efeitos colaterais da medicação principal, nomeadamente, betabloqueadores (propranolol), que ajudam a reduzir a irritabilidade, as insónias, a taquicardia, a sudorese ou a diarreia.
- Medicação usada para diminuir comportamentos causados pela medicação principal: raiva, fúria, agitação física, variações de humor, ansiedade e insónias.” (cf. Lino, 2005, com adapt.).

Os fármacos mais conhecidos para o tratamento da hiperatividade são a Dexedrina® e a Ritalina®. Ambos são medicamentos estimulantes cuja base é o metilfenidato. A medicação, nomeadamente a toma de Ritalina®, confere resultados e melhorias rápidas ao nível do desempenho e das relações sociais, salvaguardando que, nalguns casos, será necessária uma outra ajuda.¹⁸

Em 90% dos casos, a medicação estimulante ajuda a melhorar o desempenho escolar, a organização, o controlo da impulsividade e outras. O tratamento é de facto eficaz, mas nem por isso os pais devem achar que aí está a solução para o seu filho com PHDA. Por outro lado, há que considerar que nem todas as crianças reagem aos fármacos. “Em cerca de 5% dos casos, a medicação disponível não faz qualquer efeito.” (Selikowitz, 2010:208).

Os fármacos devem ser administrados segundo prescrição médica. Geralmente, são administrados diariamente, mais do que uma vez ou numa só toma diária, no caso dos de efeito mais prolongado. Os efeitos secundários mais frequentes que podem ocorrer são os da falta de apetite e insónias.

¹⁸ Sobre a medicação, o seu uso em diversas situações de comorbilidades, efeitos secundários, propostas de novos tratamentos com outras substâncias, é enriquecedor ver os resultados apresentados por Pliszka et al., (2006).

Apesar das melhorias que a criança com PHDA apresenta com a toma dos fármacos, esta deve ser constantemente acompanhada.

A utilização de fármacos para o tratamento da PHDA depende, segundo Rodrigues (2008:11), de um conjunto de fatores:

- a) “a idade da criança, bem como a duração e severidade do problema;
- b) a história de sucessos ou fracassos com medicações anteriores;
- c) a ausência de história familiar de Tiques ou Síndrome de Tourette;
- d) níveis de ansiedade dentro do normal;
- e) motivação parental para o tratamento;
- f) ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais;
- g) responsabilização dos pais em seguir as normas de administração consoante o prescrito.”

Conclui-se, portanto, que a administração de medicação deve ser feita de forma ponderada e depois de uma análise cuidada da frequência e intensidade dos sintomas e do seu grau de disruptividade.¹⁹ (cf. Rodrigues, 2008).

“(…) a abordagem farmacológica facilitará a diminuição de sintomas disruptivos e permitirá que outras estratégias de intervenção possam assumir uma maior eficácia.” (Rodrigues, 2008:11).

Um tratamento adequado da PHDA deve seguir um plano de acompanhamento: tratar a PHDA em termos de educação e de grupos de tratamento e acompanhamento; fazer visitas regulares ao médico; relacionamento familiar e social e também aconselhamento e apoio psicológico, quando necessário.

Rodrigues (2008) refere que a investigação sobre os fármacos tem sido sobre a sua eficácia a curto prazo, mas que a eficácia da sua ação a longo prazo combinada com terapias comportamentais ainda suscita algumas dúvidas.

¹⁹ O termo surgiu por influência das palavras inglesas “*disruption*” e “*disruptive*”, podendo ser traduzido por agitação, desordem, turbulência. (cf. Ciberdúvidas da Língua Portuguesa).

A mesma autora, citando Smith, Barkley & Shapiro (2006), refere um estudo levado a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (NIMH), em 1992, durante 14 meses, com 579 crianças e que comparou a eficácia de diferentes programas de intervenção. Os resultados mostraram a diminuição dos sintomas após uma intervenção com todos os programas e que estes se tornariam mais efetivos se fossem analisadas as diferenças pré e pós tratamento. (cf. Rodrigues, 2008). Também se revelou que as escalas de comportamentos para pais e professores eram o tratamento combinado com melhores efeitos. Este e outros estudos são responsáveis pelas mudanças mais recentes, ao nível da intervenção.

A toma de medicação específica para a PHDA acarreta alguns efeitos secundários, assinalados por vários autores: alterações no ritmo cardíaco, perda de apetite, insónias, aparecimento de tiques entre outros.

Alguns destes efeitos secundários geram alguma controvérsia, pois não há concordância sobre a incidência de todos com a mesma intensidade. É o caso dos problemas de coração que segundo um estudo, publicado no Journal of the American Medical Association, realizado em 150.000 adultos que tomavam medicação para a PHDA concluiu-se que “*found no conclusive evidence that the medication increase the risk for the heart attack, stroke, or sudden death from heart-related causes.*” (Boyles, 2011: s/p.).

No mesmo artigo e em entrevista a um professor de Medicina da Universidade de Chicago, o mesmo diz que “*Patients with heart disease and those who have a high risk for heart disease need to be monitored if they take these drugs.*” (Boyles, 2011: s/p.).

Quanto ao efeito secundário de perder o apetite e consequentemente provocar diminuição no crescimento, este efeito deve ser seguido à risca pelo médico que acompanha a criança, através de vigilâncias de peso regulares e devendo a família assegurar duas refeições bem reforçadas, ao pequeno-almoço e ao jantar, quando, geralmente, o medicamento já não está a atuar. Ainda não há consenso quanto a este aspeto, como referem os diferentes autores apresentados.

“Não é claro se este diminui o crescimento das crianças.” (Antunes, 2011:172).

“Não existem dados que apontem para alterações na produção da hormona do crescimento devido ao tratamento com fármacos psicoestimulantes.” (Parker, 2011:21).

Em relação às insónias, basta não tomar o medicamento algumas horas antes ou rever a sua administração e dosagem, novamente, segundo acompanhamento médico. (Antunes, 2011).

A este propósito, Sosin e Sosin (2006:91) reiteram que “as insónias podem ser controladas administrando a última dose, no máximo cinco ou seis horas antes da hora de dormir.”

O aparecimento de dores de barriga ou de cabeça não é preocupante porque tendem a desaparecer; o surgimento de tiques também não tem uma comprovação científica de que se relacione com a toma de metilfenidato.

“A relação entre o Metilfenidato e o aparecimento de tiques não é clara. Não é raro surgirem tiques em crianças a tomar Metilfenidato, embora seja possível que estes não sejam provocados pelo medicamento, já que os tiques são comuns em pessoas com défice de atenção.” (Antunes, 2011:172).

Outro efeito colateral do Metilfenidato pode ser um aumento de tristeza ou irritabilidade, mas são estados transitórios e que não se verificam em todas as situações ou indivíduos. No entanto, se qualquer um destes efeitos for duradouro e incomodativo, a medicação deverá ser revista. (cf. Antunes, 2011).

Por todas estas razões, alguns pais colocam a questão sobre parar de tomar a medicação durante os fins-de-semana ou as férias escolares. Neste aspeto há que ter alguma ponderação. É necessário falar com o médico que acompanha a criança/jovem e verificar até que ponto poderá esta interrupção ser benéfica. Nalguns casos, os médicos desaconselham esta interrupção, porque haveria um agravamento de alguns sintomas, nomeadamente a nível comportamental e social.

“(...) hyperactive or combined types of ADHD present the strongest case for continued medication, because the behavioral problems that result from going off medication can turn a holiday into a negative (...) experience.” (cf. Child Mind Institute).

Antunes (2011) é da mesma opinião ao dizer que o problema não vai de férias e que, por isso, a medicação não deverá ser suspensa nestes períodos. Poder-se-á interrompê-la, caso a falta de apetite esteja a prejudicar o crescimento, mas só nessa situação e depois de feita uma análise ponderada por parte do médico.

É, portanto, reforçada a ideia que é melhor não interromper a medicação.

Outro efeito secundário da medicação para a PHDA, que tem causado alguma controvérsia, é o facto de esta causar adição, i.e., se a criança tomar a medicação durante um longo período de tempo, poderá ficar viciada e dependente desta. No entanto, estas teorias não se confirmam e vários estudiosos apontam precisamente para o contrário: se houver um controlo da PHDA com a medicação adequada e um seguimento médico correto, os riscos de dependência ou de abuso de substâncias ilícitas decresce.

São vários os autores que apoiam esta teoria:

“Untreated AD/HD is a risk factor for developing a substance disorder later in life. (Biederman et al. 1997, Wilens et al., 1997, Hechtman and Weiss, 1985, Wilens et al., 2003). Treating AD/HD with stimulant medication appears to reduce risk of later substance use disorders by half. (Wilens et al., 2003).” (Richardson, s/d).

Kutscher (2011) defende a mesma opinião, citando Wilens, que diz que “vários estudos demonstram que os estimulantes prescritos não aumentam o risco de abuso de substâncias e, na verdade, reduzem esse mesmo risco.” (Wilens et al, 2003, citado por Kutscher, 2011:174).

“Ao contrário do que muitos possam pensar, as estatísticas mostram que os jovens com DDA/H que são devidamente medicados assim que são diagnosticados como tendo DDA/H raramente abusam da medicação estimulante (Barkley, 1995). Por outro lado, existe uma maior incidência de abuso (...) em adolescentes mais velhos e em adultos com DDA/H sem tratamento supervisionado por um profissional (...).” (Sosin e Sosin, 2006:87).

“Em 1999, investigadores de Boston²⁰ provaram que, ao tomarem ritalina regularmente durante a infância, as crianças com PHDA apresentavam um risco 85% menor de consumo abusivo de (quaisquer) substâncias relativamente ao das outras crianças com PHDA que não tinham tomado esse medicamento. (...) Dados provisórios revelam que quanto mais cedo se administrar ritalina a estas crianças, mais baixo será o risco de consumo abusivo de substâncias.” (Selikowitz, 2010:222).

Ferreira (2008), citando Salgueiro (2004) diz que o sinal mais importante sobre os efeitos secundários da medicação é o “*abafamento sintomático*”, que segundo a autora destitui a família de responsabilidades.

A mesma autora, Ferreira (2008), apresenta um estudo, citando Efron (2008, citado por Janin, 2004) realizado no Center for Community Child Health and Ambulatory Pediatrics, que numa amostra de 102 indivíduos se concluiu que as crianças apresentavam muitas vezes desconforto no uso da medicação, por se sentirem pior, mas por outro lado, os pais continuavam a querer que elas a tomassem, defendendo as suas vantagens.

Este estudo permite concluir que os pais, por causa do ritmo de vida muito rápido e exigente, preferem que os seus filhos tomem a medicação, porque estarão, assim, mais controlados, e por seu lado, os pais podem estar mais descansados.

O mais importante, acima de tudo, é uma monitorização contínua dos efeitos da medicação e acompanhamento médico regular.

8.1.2. Tratamento de tipo não farmacológico

A intervenção na PHDA deve ser resultado de uma conjugação de diferentes metodologias de intervenção. A sua eficácia depende do seu seguimento ao longo do tempo, da sua manutenção e da aplicação de mais de um tratamento.

²⁰ Dados de Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T. e Faraone, S. V. (1999). *Farmacoterapia da Perturbação do Défice de Atenção e Hiperactividade reduz o risco de perturbação do consumo de substâncias*. *Pediatrics*, **104**:20-28.

Para além do uso da medicação, que irá melhorar, e muito, a qualidade de vida da criança/jovem com PHDA, é necessário ajudar a criança/jovem a perceber a perturbação, através da criação de hábitos rotineiros, horários regulares, atividades de relaxamento, integração em atividades de grupo, utilização de listas, agendas, lembretes, anotações, entre outras, para ajudar a diminuir a ansiedade causada pela sensação de não conseguir concretizar uma determinada tarefa ou integrar-se socialmente, permitindo, desta forma, que a criança/jovem goste mais de si mesma e aprenda com os seus erros.

Os tratamentos não farmacológicos passam frequentemente pelo treino comportamental e terapia familiar.

“Em face de todas as problemáticas inerentes à PHDA, as famílias destas crianças tendem a evidenciar um maior conflito familiar e interparental, um relacionamento mais negativo entre os pais e a criança e aumento do stress sobre os diversos elementos do sistema familiar (...).” (Barkley, 2006, citado por Moura, 2008:6).

Os tratamentos não farmacológicos consistem essencialmente, no “treino” das famílias (cf. Rodrigues, 2008), na existência de grupos de suporte emocional para as mesmas, o seu aconselhamento, a ajuda na resolução dos problemas e ainda a Educação Especial. Esta autora refere ainda, citando Barkley (2007), que alguns destes tratamentos não têm ainda uma confirmação científica sobre a sua eficácia, por exemplo, as dietas alimentares, com redução de nutrientes, aumento de minerais e vitaminas, o treino do auto-controlo²¹, o treino das competências sociais, a ludoterapia²² e o *biofeedback*²³.

8.1.3. Tratamento psicossocial

Este tipo de tratamento é considerado válido por muitos autores. De forma geral, é assim designado por englobar diferentes metodologias.

²¹ Capacidade que a criança tem de controlar os seus desejos e de se envolver em atividades por iniciativa própria, recorrendo ao aprendido anteriormente. (cf. Martins, 2008).

²² Psicoterapia através da qual a criança ao brincar projeta a sua maneira de ser. Tem como objetivo, ajudar a criança, através das suas brincadeiras, a expressar os seus conflitos e a solucioná-los. (cf. Rodrigues, 2008).

²³ Terapia de treino, normalmente associada a um computador, que ajuda a controlar certos movimentos corporais. (cf. Rodrigues, 2008; cf. Vásquez, in Bautista, 1997).

A intervenção psicossocial é referida como um tratamento proeminente pela APA (2000 e 2001) e pela AACAP (Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência, 2007). (cf. Rodrigues, 2008).

Segundo Barkley (2000, citado por Rodrigues, 2008:12), este tratamento pode “dividir-se em três grupos de estratégias: 1- o treino dos pais; 2- a implementação de programas de modificação do comportamento em situação de sala de aula e 3- a colocação no ensino especial.” Estas estratégias centram-se mais na família e na escola.

Já para Pelham e Gagny (1999, citado por Rodrigues com adapt., 2008:12) “a intervenção psicossocial divide-se em 1- Intervenção cognitivo-comportamental; 2- Terapia Comportamental em contexto clínico; 3- Modificação de contingências. e 4- Intervenções Intensivas.” Estas estratégias centram-se nas técnicas utilizadas e na sua intensidade.

A autora Ana Rodrigues (2008), professora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, apresenta um outro modelo de tratamento/ intervenção psicossocial que envolve uma série de componentes. Foca a sua intervenção na diminuição dos comportamentos associados à PHDA e no desenvolvimento de competências pessoais. Para isso propõe uma Intervenção em Contexto Escolar, em que se apresentam adaptações nos *curricula* e intervenção ao nível comportamental na sala de aula; outro tipo de intervenção é a Intervenção Familiar, através de treino parental e terapia familiar. Os agentes envolvidos são os pais, os professores e o próprio aluno, e também, Psicólogos, Terapeutas, Médicos, Técnicos de Ação Social e Enfermeiros.

A intervenção psicossocial é feita através de uma intervenção terapêutica ou clínica. Estudam-se as vertentes cognitivas e comportamentais usando métodos como o *modelling*²⁴, a autoinstrução, o *role-playing*²⁵, entre outras, com vista à melhoria do autocontrolo. (cf. Rodrigues, 2008).

²⁴ Modelo tido como referência para a criança adquirir certos comportamentos ou corrigir os seus. (cf. Rodrigues, 2008; cf. Martins, 2008).

²⁵ Encenação de certos comportamentos através da interação direta com a criança. (cf. Rodrigues, 2008; cf. Martins, 2008).

A propósito dos métodos apresentados por esta autora, outros investigadores partilham da mesma opinião dizendo que “(...) os jovens aprendem, por imitação, uma série de comportamentos, melhorando-os através do jogo.” (Barnet, 1968, 1981; Ewer, 1969, citados por Calafate, 1989:456).

Martins (2008) argumenta que o jogo simbólico, o faz-de-conta, ajuda a eliminar medos e vivências anteriores mais difíceis, permitindo uma organização interior, promotora de aprendizagens, da criação de afetos, de perceção do corpo e da emergência dos pensamentos.

A autora Ana Rodrigues (2008:13) remata ao dizer que “Os resultados destas intervenções, conduzidas em contextos clínicos ou educativos, revelam que a sua eficácia é superior se conjugada com a medicação e com outros tipos de intervenção psicossocial.”

Estas estratégias permitem o treino do autocontrolo, treino das competências sociais, treino da autoinstrução, treino do autorreforço, treino da auto-monitorização, entre outras, com vista à melhoria de comportamentos.

Apresentamos seguidamente, uma explicação de algumas técnicas:

- “Autoinstrução: estratégia em que através do ensino e do treino se aprendem competências de controlo do próprio comportamento. Resume-se ao autocontrolo.
- Autorreforço: estratégia que permite ao aluno aplicar o seu próprio reforço, positivo ou negativo. O reforço poderá vir de elogios ou autoelogios verbais ou através de pontuação atribuída num quadro de comportamento, por exemplo.
- Auto-monitorização: com esta técnica pretende-se que o aluno, depois de treinado, seja capaz de se autoavaliar e fazer o registo do seu comportamento.” (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007, com adapt.).

Pinho, Mendes e Pereira (2007) sugerem ainda um outro conjunto de técnicas de reforço como aspeto principal para a modificação de comportamentos:

- “Reforço social- através de um sorriso, um afeto ou de encorajamento;
- Reforço material – atribuição de recompensas materiais (rebuçados ou brinquedos);
- Reforço *Token* – atribuição de um autocolante, símbolo, cartão, carimbo numa folha de comportamentos. A recompensa virá depois de acumulados um montante de símbolos, isto é, de comportamentos desejados;

- Contratos – estabelecimento de contratos entre professores e aluno, onde são estipulados os comportamentos desejáveis;
- Custo de resposta – penaliza os comportamentos indesejados (através de reprimendas, avisos, etc);
- *Time-out* – reforço positivo que consiste em mandar o aluno isolar-se para sentir a carga negativa do seu comportamento.” (com adapt.)

Um dos problemas que caracteriza a hiperatividade é o excesso de atividade e os comportamentos motores, muitas vezes desajeitados. Neste aspeto específico, a intervenção passa por uma resposta ao nível psicomotor.

Como diz Bérge e Bounes (1996, citado por Martins, 2008:22) “a hiperactividade pode ser acompanhada de hipertonia (...) surge como uma quebra brusca e explosiva do controlo tensional, como uma espécie de escapatória (...).”

Uma possível forma de intervenção, que ajudará a controlar os comportamentos motores desajustados, é a Psicomotricidade, que intervindo nas múltiplas expressões do corpo, permite a melhoria da concentração e da atenção, bem como o desenvolvimento de capacidades de autocontrolo, diminuição da impulsividade, redução da hiperatividade e atenuação dos comportamentos disruptivos, melhoria das competências sociais e promoção da comunicação verbal e não-verbal. Uma das técnicas muito usadas na Psicomotricidade é o relaxamento, que permite à criança diferenciar os seus momentos de excitabilidade e de tensão e aprender técnicas para relaxar. (cf. Rodrigues, 2008).

Outra forma de intervenção que ajuda na redução dos comportamentos disruptivos, da impulsividade e da hiperatividade é a prática de exercício físico.

Godoy (2000), conclui que “o impacto do exercício físico poderá possibilitar: a redução da ansiedade e depressão, melhorar o auto-conceito, auto-imagem e auto-estima, aumentar o vigor, melhorar a sensação de bem-estar, melhorar o humor, aumentar a capacidade de lidar com os factores psicossociais de stress e diminuir estados de tensão.” (citado por Veigas e Gonçalves, 2009:3).

Um aspeto muito importante da intervenção ou tratamento psicossocial é o envolvimento e o apoio da família. O tratamento da PHDA não envolve só o indivíduo que sofre desta perturbação. Todos os que com ele lidam diariamente e com a sua problemática

estão igualmente envolvidos nas diferentes formas de tratamento/ intervenção. A família ocupa, então, um lugar primordial, pois a seguir à escola, a casa e consequentemente, a família, são os agentes que mais interagem com o indivíduo com esta perturbação.

Os pais devem, por isso, ser treinados, i.e., conhecer bem a problemática e toda a envolvência da PHDA; conhecer os comportamentos e causas dos mesmos na criança; aprender a lidar com a situação; saber dar respostas; reforçar os comportamentos adequados da criança; aprender sobre possíveis comportamentos em lugares públicos; prevenir problemas futuros; frequentar grupos de apoio e aconselhamento sobre PHDA; frequentar programas de aconselhamento na relação pais-filhos, entre outros.

“Alguns programas de treino de pais têm-se mostrado eficazes na alteração de comportamentos (...), sobretudo em (...) crianças em idade escolar.” (Fiore, Becker & Nero, s/d, citado por Rodrigues, 2008:13).

Os programas de treino e aconselhamento propostos para os pais são também muito úteis para as crianças com PHDA. Os programas de apoio, ou as terapias de apoio, ajudam a criança a ultrapassar os sentimentos de baixa autoestima, de depressão e a apreender padrões de comportamento mais eficazes na resolução de problemas. (cf. Parker, 2003).

De acordo com a opinião de Garcia (2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:17):

“As famílias com crianças hiperactivas assinalam que os comportamentos destas são tão disruptivos, que chegam a alterar as relações familiares, ao extremo de alguns pais exasperarem, perderem o controlo das situações e terem dificuldade em tolerar os seus filhos. Neste caso, agastar-se e irritar-se, mais do que resolver os conflitos, pode agravá-los. Em seu lugar, resulta mais eficaz controlar as próprias emoções e assumir que estas crianças exigem maiores doses de calma, de paciência e de flexibilidade do que as normais.”

Rodrigues (2008:15) relembra que só a conjugação da medicação com as terapias comportamentais poderão ser um sinal de sucesso a longo prazo. “(...) a intervenção com os pais faz com que possam lidar melhor com os filhos (...), por outro lado, a medicação

também reduz os comportamentos desajustados (...). Apenas a conjugação de formas de intervenção poderá conduzir a efeitos de longo termo.”

De facto, ser pai de uma criança com PHDA não é fácil. Esta demora muito tempo a fazer os trabalhos de casa ou nem sequer os faz e os pais ficam furiosos e repreendem-na. Veem constantemente tarefas inacabadas, um ritmo lento e uma desorganização geral e perante estes sinais acabam por não saber como atuar. A tendência é sempre aplicar castigos, porque se entende que a criança é preguiçosa.

Todas estas situações geram grande instabilidade no clima familiar e conjugal, afetando muitas famílias. Por todas estas razões, os pais devem procurar ajuda e seguir alguns passos importantes como os apresentados a seguir:

- “Compreender o distúrbio da PHDA para a poderem controlar em casa;
- Ser coerentes nas suas ações e mostrar apoio à criança na interação diária;
- Manter-se como intermediário entre a escola e outros grupos de apoio;
- Dar instruções positivas;
- Fazer pedidos de forma positiva;
- Recompensar comportamentos adequados;
- Reagir aos comportamentos do filho/a de forma adequada e positiva;
- Punir adequadamente, compreendendo que só terá efeito quando acompanhada de uma estratégia de controlo.” (cf. Gomes e Ambrósio, 2008:32, com adapt.).

A família como complemento do tratamento do indivíduo com PHDA deverá seguir alguns comportamentos/ atitudes para ajudar a melhorar o comportamento da criança hiperativa. Propõem-se algumas medidas, como por exemplo:

- “Manter a rotina, ao nível das atitudes e normas familiares;
- Evitar castigos e punições físicas;
- Valorizar, através de recompensas, os esforços escolares;
- Reforçar atitudes positivas;
- Registar de forma sistemática os comportamentos da criança;
- Agir como modelo para a criança;
- Abrandar o seu ritmo de vida;
- Não procurar fazer ou atribuir atividades em excesso à criança, pois só a deixará cansada e com propensão a ter comportamentos desadequados;
- Procurar tempos de descanso em que toda a família participe;
- Fortalecer a relação conjugal.” (cf. Gomes e Ambrósio, 2008:32, com adapt.).

Vásquez (in Bautista, 1997) diz que os pais devem apresentar modelos comportamentais adequados, pois a criança age por imitação; aplicar reforços positivos aos comportamentos adequados; ignorar, sempre que possível, os comportamentos indesejáveis; implementar regras básicas como não bater ou magoar e pedir autorização.

Em suma, de todas as formas de intervenção apresentadas, pode concluir-se que o tratamento mais eficaz é o que combina o uso da medicação com outras terapias, pois só por si, cada um deles de forma independente, não produz os resultados pretendidos.

8.1.4. Intervenção na Escola

Os alunos com PHDA apresentam muitas dificuldades na escola. Os problemas de aprendizagem são notórios. As crianças têm comportamentos disruptivos e os professores não têm formação, na maioria das vezes, para dar resposta a este tipo de comportamentos, nem conhecem as melhores estratégias para os melhorar. (cf. Parker, 2003).

Por isso, a intervenção na escola é muito importante e passa, acima de tudo, pela colaboração de professores e pais, em prole da criança com PHDA e da melhoria dos seus comportamentos.

Barkley (2006, citado por Rodrigues, 2008:14) assegura que “este tipo de intervenção implica uma avaliação detalhada dos problemas da criança e sua severidade e da capacidade de implicação do professor e pais no processo (...).”

Parker (2003:24) refere que:

“As abordagens à gestão da sala de aula que se prendem com a modificação de comportamentos envolvem normalmente um esforço conjunto da escola e da família, no que diz respeito a vários comportamentos visados para monitorização e adequabilidade.”

Vásquez (in Bautista, 1997:179) sugere um esquema de programação para professores, que poderá ajudá-los a entender, numa linha temporal, os comportamentos destes alunos e assim poder fazer a ligação escola-casa:

➤ **Esquema de Programação do Professor (com adapt.)**

“Para avaliação psicopedagógica e programação junto de alunos hiperativos:

- *Processo de avaliação do aluno:*

OBSERVAÇÃO:

1. Observar e avaliar sistematicamente o grau de hiperatividade;
2. Considerar todas as causas possíveis e suas implicações psicopedagógicas.

AValiação DIRECTA:

3. Fazer um registo completo de condutas hiperativas específicas;
4. Determinar a frequência dos êxitos em aquisições académicas básicas tais como leitura, escrita, cálculo, mediante a aplicação de provas adequadas;
5. Determinar as alterações apresentadas: sensoriais, motoras ou perceptivas, através da aplicação de inventários selecionados ou testes.

CONSULTA E REFERÊNCIAS:

6. Implicar os pais na avaliação da criança;
7. Pedir ajuda específica do Psicólogo, médico e outros colaboradores, na medida do necessário.

- *Processo de programação para o aluno:*

PROGRAMA ESCOLAR:

8. Comentar os resultados com o orientador escolar e planificar todo o programa de intervenção pedagógica;
9. Pedir apoio de mais um professor, se necessário.

PROGRAMAÇÃO PARA A CLASSE E PARA O PROFESSOR:

10. Selecionar objetivos de aprendizagem adequados para a criança;
11. Estabelecer diariamente as sessões terapêuticas para inibição da hiperatividade;
12. Registar diariamente os progressos e recompensas do aluno.

PROGRAMAÇÃO PARA OS PAIS:

13. Informar os pais acerca do programa terapêutico e dos progressos do aluno;
14. Obter a colaboração e apoio dos pais para um ensino complementar em casa, para reduzir o comportamento hiperativo.”

É necessário refletir sobre a PHDA e ter presente que com a passagem do tempo, os sintomas poderão atenuar-se, mas não passam. Alguns até se agravam, pois as necessidades pessoais também passam a ser mais complexas. Se o jovem com PHDA não for ajudado por todos (trabalho conjunto casa-escola), poderão surgir sentimentos de frustração, depressão, ansiedade e baixa autoestima, por não ser aceite pelo grupo em que se integra. Todos estes sentimentos irão provocar um desinteresse pelas aprendizagens e gerar maus resultados escolares, bem como, comportamentos imaturos.

Por isso, algumas alterações devem ser feitas na escola de forma a ajudar os alunos com PHDA. Propõem-se algumas medidas, de seguida.

- “A formação/ preparação de professores, através de ações de formação e sensibilização para esta perturbação e outras que vão surgindo cada vez mais na sala de aula de ensino regular;
- A coordenação casa-escola: a manutenção de estratégias e políticas de intervenção na escola e em casa de igual forma;
- A melhoria do comportamento ou intervenção na área comportamental, que poderá ser feita através de medidas já mencionadas como a autoinstrução, o autorreforço e a auto-monitorização;
- A utilização de um tutor, de um aluno responsável por monitorizar, regular e ajudar o colega com PHDA;
- O treino das competências sociais.” (cf. Rodrigues, 2008).

A sala de aula, lugar onde as crianças passam a grande maioria do seu tempo, deverá sofrer adaptações, nomeadamente, ao nível dos programas, do posicionamento espacial de cadeiras e mesas, de regras, de rotinas e na adequação de tarefas.

Como nos diz Nielsen (1997:63), justificando algumas atitudes e comportamentos dos indivíduos que sofrem de PHDA:

“Grande parte dos comportamentos inadequados de alunos com DDAH recebem respostas negativas por parte dos que os rodeiam, facto que pode funcionar em detrimento do seu crescimento social e emocional. Torna-se necessário o recurso ao elogio e a programas de controlo do comportamento que promovem a autodisciplina, a fim de criar uma atmosfera na qual alunos com DDAH se sintam confortáveis e se possam envolver em actividades de aprendizagem.”

A criança com PHDA tem um estilo de aprendizagem específico, aprendendo de forma mais eficaz se forem utilizados métodos de intervenção multimodal (cf. Rodrigues, 2008), que impliquem um ensino ativo e com a participação direta da criança. Podem também fazer-se alterações aos currículos ou aos conteúdos; fazer alterações ao nível da avaliação ou permitir a utilização de um computador (que geralmente é fonte de interesse para a criança com PHDA) de maneira a favorecer a sua concentração/atenção.

Segundo Lopes (2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007:15):

“a criança com PHDA deve ser colocada junto do professor e afastada dos colegas para possibilitar uma melhor monitorização do seu comportamento e diminuir o reforço dos pares. A estrutura da sala de aula deve ser bem organizada e previsível com a elaboração antecipada de um quadro de tarefas e de regras de sala.”

O registo dos comportamentos desejados num quadro de controlo permite acompanhar melhor o processo, valoriza a criança e permite desvendar qual o comportamento que está a causar problemas.

“O que interessa é (...) conhecer a forma, a frequência e intensidade dos seus comportamentos disruptivos com o fim de aplicar um programa de modificação que permita (...) reduzir/extinguir comportamentos inadaptados.” (Vásquez, in Bautista, 1997:172).

Ao nível da adequação de tarefas na sala de aula e modificações no ambiente e métodos de trabalho propõe-se o seguinte, segundo as autoras Gomes e Ambrósio (2008:29-31, com adapt.):

- “Adaptações para obter a atenção dos alunos: revisões das aulas; permissão para falar baixinho com os colegas, enquanto trabalham; explicar o que irá ser lido nas aulas de Língua Portuguesa; fazer perguntas interessantes; contar histórias; usar sinais visuais para transmitir mensagens; usar o contacto visual; estabelecer recompensas pelos esforços feitos;
- Adaptações para manter os alunos em atividade: usar o trabalho de grupo; fazer comentários positivos e elogiar os alunos; ensinar a criança a usar o relógio para gerir o tempo nas tarefas; estabelecer um sistema de prémios; ensinar a criança a organizar conceitos-chave; dar à criança listas de verificação de erros;
- Adaptações no ambiente de aprendizagem (sala de aula): sentar a criança numa área com poucas distrações; manter a área de trabalho da criança livre dos materiais desnecessários; colocar os alunos de forma a que todos possam ver o quadro; criar “cantinhos” onde a criança se sinta confortável para fazer uma atividade sozinha; estabelecer regras e exigir o seu cumprimento e realizar tarefas de forma rotineira;
- Adaptações no ritmo de trabalho: ajustar o ritmo da aula à capacidade de compreensão do aluno; alternar atividades mais paradas com outras mais ativas; conceder um período de tempo mais alargado para realização das tarefas; reduzir a quantidade e extensão das tarefas; estabelecer limites para terminar as tarefas; estabelecer prémios de reforço pela finalização das tarefas;

- Adaptações nos métodos de ensino: relacionar a matéria nova com a já aprendida; usar exemplos concretos; dividir as tarefas complexas noutras mais pequenas; completar as instruções orais com instruções escritas;
- Adaptações na avaliação: permitir instrumentos de avaliação alternativos (apresentações orais, respostas múltiplas, etc.); estabelecer expectativas com o aluno sobre os resultados a alcançar; aceitar respostas apenas com as palavras-chave;
- Adaptações no tratamento de comportamentos inadequados: antecipar e prevenir problemas; estabelecer regras e consequências; evitar linguagem de confronto; estabelecer alternativas para comportamentos desadequados; estabelecer um local na sala para “acalmar”; elogiar os comportamentos adequados; ignorar alguns comportamentos, que assim perderão impacto; evitar criticar o aluno; verificar os níveis de tolerância e ser compreensivo perante sinais de frustração; falar em privado com o aluno acerca dos seus comportamentos; remover objetos que possam iniciar um comportamento indesejado; reagir com humor em momentos de tensão.”

Sugerem-se, seguidamente, algumas atividades, retiradas de Rief & Heimburge (2000: 110-128 e 158-182, com adapt.), que são apropriadas às dificuldades da criança com PHDA, em áreas específicas como as da Leitura e Escrita e do Raciocínio Matemático.

➤ **“Adaptações para atividades de Leitura**

- Pedir aos alunos para prepararem, atempadamente, textos que vão ser lidos na aula;
- Antes de se iniciar a leitura, o professor relaciona a história com outras, com filmes ou músicas, propõe um debate, *brainstorming* ou uma esquematização das ideias do texto;
- Explorar títulos e subtítulos, parágrafos e períodos do texto;
- Distinguir pormenores de factos importantes;
- Utilizar acetatos com excertos do texto, para focar a atenção dos alunos em pormenores-chave;
- Entregar os textos em fotocópias;
- Ler Trava-línguas, Provérbios, Adivinhas e Lengalengas. Esta atividade é muito atrativa. Os alunos gostam do ritmo apressado e da sonoridade dos textos e não há a preocupação de errar ao ler;
- Apostar nas áreas fortes do aluno, realizando tarefas orientadas para as que despertam mais interesse no aluno;
- Transmitir sempre as ideias de forma clara e concisa.

➤ **Adaptações para atividades de Escrita**

- Pedir aos alunos para fazerem, pelo menos uma vez por semana, um texto escrito de tema livre;
- Pedir ao aluno para vir ao quadro realizar as atividades;
- Realizar atividades que se centrem na ordem, organização e arrumação;
- Elaborar listas de vocabulário (nomes, advérbios, verbos, ...);

- Fazer provas orais;
- Permitir o acesso ao computador como auxiliar e motivador para a escrita;
- Pedir trabalhos escritos de pequena extensão;
- Ensinar os alunos a reagir à sua própria escrita e aos seus erros fazendo autocorreção dos seus trabalhos.

➤ **Adaptações para atividades que envolvam o Raciocínio Matemático**

- Em atividades de raciocínio lógico, o aluno poderá realizar jogos de computador orientados para a aprendizagem de números e operações de cálculo;
- Usar muitas atividades e diferentes objetos para ajudar a visualizar e solucionar problemas;
- Permitir o uso de calculadoras;
- Conceder tempo extra para a realização dos testes;
- Reduzir o tamanho dos testes;
- Realizar fichas de matemática relacionadas com atividades do dia-a-dia: compra de bens, culinária...;
- Fazer perguntas orais em detrimento das escritas;
- Estudar os números e as horas recorrendo aos guias de programação televisivos;
- Ensinar ao aluno mnemónicas que descrevam os passos em cálculos básicos com números inteiros;
- Proporcionar vivências reais de utilização de dinheiro.

As características destes alunos e as medidas de intervenção a usar para cada situação poderão ser resumidas da seguinte forma neste quadro²⁶:

Tabela 4. Estratégias de intervenção na escola para alunos com PHDA

CARACTERÍSTICAS DO ALUNO COM PHDA	MODIFICAÇÕES NA ESCOLA (SALA DE AULA)
<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em completar trabalhos 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar o aluno próximo de um colega que possa servir de modelo; • Dividir os trabalhos em partes mais curtas para que o aluno sinta que vai cumprindo tarefas; • Ajudar o aluno a estabelecer objetivos a curto prazo; • Dar um trabalho de cada vez; • Reduzir a quantidade de trabalhos para casa; • Aumentar as imediatas recompensas e consequências.

²⁶ Dowdy, Patton, Smith & Polloway, 1998 (com adapt.).

<ul style="list-style-type: none"> • Interrompe verbal ou fisicamente conversas ou atividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar os comportamentos positivos; • Estabelecer contratos comportamentais; • Ensinar o aluno a auto-monitorizar o seu comportamento; • Elogiar o aluno de cada vez que levanta a mão para falar/ responder a alguma questão; • Procurar envolver o aluno na sessão; <p>Estabelecer com o aluno objetivos de comportamento social e implementar um programa de recompensas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar um sinal previamente combinado com o aluno para o incitar ao uso de comportamentos adequados.
<ul style="list-style-type: none"> • Dá muitos erros de soletração 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver um cartão-ajuda (das palavras frequentemente mal soletradas) e mantê-lo disponível; • Utilizar um “dicionário para soletradores com dificuldades”; • Desenvolver uma lista de palavras-mãe, da mesma família, do mesmo grupo vocábulo, etc.; • Ter uma lista de verificação do seu trabalho de leitura e trabalhar com um mentor/tutor; • Gravar mensagens; • Utilizar tecnologia de apoio (por exemplo, computador com capacidade de verificação de soletração); • Avaliar o trabalho pelo valor do conteúdo sem descontar pelos erros de soletração.
<ul style="list-style-type: none"> • Não segue as regras da sala de aula 	<ul style="list-style-type: none"> • Rever as regras periodicamente; • Pedir ao aluno que reformule as regras usando as suas próprias palavras para se assegurar de que as percebeu; • Afixar as regras; • Dar reforços positivos e imediatos; • Usar técnicas de gestão de tempo; • Colocar o aluno a trabalhar com um colega que seja consciente.

<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em inibir respostas inapropriadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Providenciar um pequeno grupo ou contexto individual; • Trabalhar com um mentor que lhe dê sinais visuais; • Fazer <i>role-play</i> e treino de competências sociais e gravar em vídeo; • Falar com alguém que ajude o aluno a definir quais são as respostas adequadas; • Usar estratégias de auto-monitorização;
<ul style="list-style-type: none"> • Aparenta não ter noção das possíveis consequências do seu comportamento e limitações pessoais 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparar situações de <i>role-play</i> e modelar as consequências, depois pedir aos alunos para descrever a situação e as consequências.
<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em estabelecer prioridades 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar um tempo específico no programa para: instrução direta para estabelecimento de prioridades; praticar o estabelecimento de prioridades; desenvolver o espírito crítico; desenvolver a técnica de mnemónica para generalizar prioridades; • Certificar-se que o aluno deu prioridade apropriadamente.
<ul style="list-style-type: none"> • Perde-se no tempo, espaço e objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o aluno a trabalhar com um mentor; • Ensinar o aluno a falar consigo mesmo para se manter focado na tarefa; • Usar relógio com alarme (ou outra forma de marcar o tempo); • Usar calendários; • Definir os objetivos com os alunos;
<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em se adaptar às tarefas (horários, professores, técnicos, passos para a tarefa, condições de trabalho, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer com o aluno um horário dos seus compromissos diários; • Dar sempre instruções claras e objetivas; • Fazer listas de verificação das tarefas diárias; • Preparar o aluno sempre que há uma mudança de pessoal e depois apresentá-lo às novas pessoas; • Preparar o aluno para uma mudança no horário e ver com ele o novo horário.

<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em usar informação aprendida anteriormente em situações novas 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar tecnologia de suporte (p.ex. calculadora); • Empregar estratégias de memória e invenção de mnemónicas; • Eleger um mentor (dentro dos pares) para o monitorizar periodicamente; • Providenciar uma rede de suporte de pares; • Criar muitas oportunidades de prática.
<ul style="list-style-type: none"> • Faz os trabalhos rapidamente sem dar atenção aos detalhes (descuidado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar o método da autocorreção (usando listas de verificação dos passos de realização do trabalho); • Lembrar o aluno para corrigir o seu trabalho.
<ul style="list-style-type: none"> • Não se mantém na tarefa por períodos de tempo apropriados 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentar o aluno próximo de um colega aplicado; • Dividir os trabalhos em tarefas mais curtas para coincidir com o nível de atenção do aluno; • Ajudar o aluno a estabelecer objetivos a curto prazo; • Dar um trabalho de cada vez para evitar “sobrecarga”; • Instruir o aluno para a auto-monitorização (usando por exemplo um relógio); • Encontrar uma estratégia com o aluno para o lembrar de que tem que continuar a tarefa (por exemplo, um sinal).
<ul style="list-style-type: none"> • Troca letras 	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar a apresentação da instrução: verbal; gravada; por demonstração; em diagrama.
<ul style="list-style-type: none"> • Confunde símbolos de matemática 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter alguém que lhe leia em voz alta as instruções; • Utilizar um cartão-ajuda; • Ensinar o aluno a sublinhar cada símbolo antes de resolver os problemas.

<ul style="list-style-type: none"> • Parece não ouvir o que está a ser dito 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar as instruções verbais de instruções escritas; • Permitir que o aluno grave instruções e aulas; • Pedir ao aluno que repita a informação importante usando as suas próprias palavras para se certificar de que compreendeu a instrução; • Combinar com o aluno um sinal e usá-lo quando parece não estar a ouvir o que está a ser dito.
<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em tomar decisões 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar prioridade a tarefas e providenciar listas de verificação, para o aluno, enquanto modelo de atividade; • Monitorizar periodicamente a realização de cada passo e/ou controlar a qualidade do trabalho; • Incluir no currículo experiências de resolução de problemas.
<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em reter informação aprendida 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o aluno a usar um bloco de notas com a informação e com os passos necessários para a realização das tarefas; • Usar listas de verificação dos passos para a tarefa; • Trabalhar com um mentor para suporte natural; • Certificar-se que na instrução inclui a revisão das aprendizagens já adquiridas e necessárias para a tarefa; • Permitir que o aluno pratique as aprendizagens utilizando variadas modalidades (visual, escrita, cinestésica); • Permitir que o aluno experimente logo durante a demonstração.
<ul style="list-style-type: none"> • Tem dificuldade em planear e organizar atividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Dividir os trabalhos em partes mais curtas; • Dar prioridades diferentes às tarefas; • Usar listas de verificação auditivas ou escritas; • Definir limites de tempo para a realização das tarefas; • Usar tecnologia de suporte.

Considerando a PHDA como perturbação multifactorial e por exigir uma intervenção multimodal, qualquer programa de intervenção na PHDA deverá ter em linha de conta não só os comportamentos disruptivos, como também a desadaptação social, pelo que as estratégias a propor deverão orientar-se no sentido de contemplar ambos os planos.

Todos os autores são unânimes ao considerar que a intervenção deve abranger não só a criança, como também a sua família e os intervenientes na escola, em conjugação com a medicação.

Com estatísticas a indicar que os índices de prevalência de crianças com PHDA em idade escolar rondam os 5% a 7%, urge sensibilizar a sociedade em geral, e especificamente, as escolas e os pais, para uma intervenção mais apurada, sob pena de prejudicar a criança a vários níveis que depois, mais tarde, a afetarão pela adolescência e idade adulta.

Capítulo 9: A PHDA em adultos

9.1. A PHDA em adultos

A maioria das crianças que sofre de PHDA durante a infância acaba por sofrer desta perturbação também na idade adulta.

A opinião de vários autores atesta esta teoria.

“Studies show that 30 percent to 70 percent of these children will continue to experience ADHD symptoms as adults.” (Speert, 2012:39-40).

“Pesquisas mostram que, em média, 67% de crianças diagnosticadas continuam tendo os sintomas quando adultos (...).” (Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005: s/p.).

“(...) several (...) studies demonstrating persistence of symptoms of hyperactivity into adulthood in many cases.” (Mendelson et al., 1971; Menkes, Rowe & Menkes, 1967, citado por Barkley, 2006:17).

“Em cerca de 20% das crianças com PHDA, as dificuldades prolongam-se pela idade adulta de uma forma grave.” (Selikowitz, 2010:261).

Khurana e Schubiner (2007) apresentam dados de um estudo²⁷ em que se afirma que a prevalência da PHDA nos adultos se situa entre os 4 e 5%. Os mesmos autores acrescentam que os números exatos são difíceis de demarcar, porque muitos adultos com esta perturbação nunca foram diagnosticados. A este propósito, referem um estudo que indica que apenas 25% dos casos de indivíduos com PHDA tinham sido diagnosticados na infância e que 75% não tinha sido.

A hiperatividade tem tendência a diminuir com a idade, pois a maturidade também ajuda. No entanto, não é assim com todos os adolescentes e adultos. Alguns mantêm alguns sinais de PHDA bem marcados, o que traz consequências para a sua vida profissional, familiar, social e pessoal.

²⁷ São apontadas as seguintes referências para este estudo: Murphy, K. e Barkley, R. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *J Atten Disord*, **1**:147-161; Heiligenstein, E., Conyers, L.M., Berns, A.R. et al. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *J Am Coll Health*, **46**: 185-188.

Vários autores apresentam a mesma opinião acerca da evolução da hiperatividade desde a infância até à idade adulta.

“(…) a hiperactividade tende a diminuir consideravelmente com a idade, muitos adultos mantêm dificuldades de concentração e impulsividade, com consequências terríveis para sua vida social e profissional.” (Antunes, 2011:158).

“(…) their symptoms often change as they grow older, with less hyperactivity as adults. Problems with attention tend to continue into adulthood.” (Speert, 2012:50).

Lino (2005:6), reitera a opinião dos autores anteriores e acrescenta que “Os sintomas, em muitos casos, vão-se atenuando com a idade, estimando-se que os casos em que se continuam a manifestar pela idade adulta rondem os 30% a 50%.”

Já Selikowitz (2010:260) apresenta as idades em que se verificam essas alterações.

“Na maioria das crianças com PHDA, estas dificuldades diminuem no final da adolescência. Pode registar-se uma descida gradual, entre os 12 e os 18 anos, ou uma queda abrupta (geralmente entre os 16 e os 18 anos). Em algumas crianças, a melhoria nos últimos anos da adolescência é tão acentuada, que a perturbação pode considerar-se curada. Estes casos abrangem 20% de crianças com esta perturbação. Em cerca de 80% dos casos, a melhoria nos anos da adolescência não é associada à cura completa; em aproximadamente 60% vai persistir PHDA ligeira e em 20% aguda.”

Os adolescentes com PHDA tendem a ser menos ativos e menos irrequietenos do que eram em crianças. São mais impulsivos, impacientes e demonstram dificuldades de concentração. Muitas vezes, estes comportamentos fazem com que sejam considerados alunos indisciplinados e rebeldes. Têm baixas prestações escolares, relações interpessoais frágeis e revelam uma baixa autoestima.

“Um número de estudos longitudinais acompanhou crianças hiperativas ao longo da adolescência até à idade adulta. Infelizmente, as conclusões de tais estudos sugerem que, apesar de a desordem por défice de atenção poder ser atenuada, em alguns casos pode ter efeitos crónicos. Apesar de cerca de cinquenta por cento das crianças hiperativas ultrapassar a desordem, antes ou durante os seus anos de adolescência, os outros cinquenta por cento, que constituem o grupo de adultos com DDA, continuam a ser afetados por ela, em diferentes graus, ao longo das suas vidas como adultos.” (Parker, 2003:69).

Os adultos com PHDA são adultos inteligentes, mas não conseguem alcançar o exponencial máximo das suas capacidades, porque mantêm características da PHDA que os prejudicam: desatenção, impulsividade e hiperatividade (demonstrando-se, geralmente, através de muita energia).

Apesar disso, Selikowitz (2010) realça alguns aspetos positivos, ao dizer que a agitação excessiva pode fazer com que a pessoa seja considerada como sendo mais enérgica do que as outras e menos propensa ao cansaço; a impulsividade poderá ser uma vantagem numa profissão que exija pensamento criativo e o facto de dizerem tudo o que pensam, poderá ser uma vantagem, em situações profissionais em que a frontalidade seja bem vista.

De forma resumida, apresentam-se as principais dificuldades em adultos com PHDA:

- “têm dificuldades em assistir a uma palestra;
 - cometem erros por falta de atenção aos detalhes;
 - fazem várias coisas em simultâneo, mas deixando tarefas por terminar;
 - estão sempre preocupados com alguma coisa;
 - são desorganizados (em casa e no trabalho);
 - falam muito e depressa ou comem muito depressa;
 - são muito impacientes e exaltam-se com muita facilidade;
 - sofrem alterações de humor constantes;
 - dizem o que lhes vai na cabeça, sem pensar;
 - têm, muitas vezes, vícios (jogar, beber, estar na internet horas a fio, etc);
 - mudam frequentemente de objetivos e de planos;
 - casam mais do que uma vez ou têm relacionamentos instáveis;
 - têm problemas de hipo ou hiper-sexualidade e demonstram ter uma baixa autoestima.” (cf. APCH, com adapt.).
-
- “«perdem o fio à meada»;
 - sentem dificuldades em lidar com a burocracia ou em cumprir certos procedimentos;
 - são pessoas muito agitadas e não descontrain em atividades de lazer.” (cf. Selikowitz, 2010, com adapt.).

Os autores Fisher e Beckley (1999) fazem um conjunto de propostas do que poderão fazer as pessoas com PHDA e que tipo de emprego procurar, de acordo com as

suas características, apresentando também algumas estratégias para serem bem-sucedidos no emprego, como por exemplo:

- “dividir as tarefas em partes mais pequenas;
- fazer intervalos entre cada tarefa,
- praticar exercícios de relaxamento;
- ter sempre uma agenda;
- utilizar um gravador para armazenar informação, sempre que necessário;
- chegar mais cedo ao trabalho para organizar as tarefas e preparar-se mentalmente para mais um dia de trabalho;
- tomar a medicação regularmente;
- pedir ordens diretas e explícitas aos chefes e companheiros de equipa;
- bloquear ou retirar qualquer estímulo ou distrator do ambiente de trabalho;
- não atender telefonemas durante a realização de uma tarefa;
- se a tarefa exigir um elevado nível de concentração, chegar mais cedo ao trabalho ou trabalhar até mais tarde, pois são períodos habitualmente mais calmos.” (com adapt.).

Há casos em que o diagnóstico já foi feito na infância, mas noutros só é realizado na idade adulta. (cf. Selikowitz, 2010). Assim, um adulto que considere ter PHDA deve pedir ao seu médico assistente que o observe e avalie.

A PHDA nos adultos está muitas vezes camuflada por outros sintomas ou problemas, nomeadamente, ao nível do relacionamento interpessoal, das relações afetivas, da organização, problemas de humor, abuso de substâncias, etc.

Muitos investigadores se têm debruçado sobre a problemática da PHDA e identificaram nos adultos com diagnóstico de PHDA diversos problemas associados:

- relações afetivas instáveis (divórcios e separações);
- instabilidade profissional, que os acompanha ao longo da vida;
- baixo rendimento no trabalho;
- falta de capacidade de manter a atenção por longos períodos de tempo;
- falta de organização /disciplina;
- baixa autoestima;
- dificuldades em cumprir rotinas;
- esquecimentos, descuidos;

- acidentes de viação;
- abuso de substâncias ilícitas (drogas, tabaco, álcool);
- insónias ou outras perturbações do sono;
- mudança constante de interesse nas coisas;
- intolerância a situações repetitivas e monótonas;
- variação frequente do humor e procura constante de coisas diferentes e estimulantes, entre muitas outras.

Marks (2004, citado por Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005, com adapt.) operacionalizou um conjunto de critérios de diagnóstico para a PHDA em adultos, por achar os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR mais orientados para crianças. Segundo este autor devemos considerar que estamos perante um quadro clínico de PHDA na idade adulta, quando se registam os seguintes sintomas/sinais:

- “hiperatividade motora;
- déficits de atenção;
- labilidade²⁸ afetiva;
- temperamento quente;
- reação emocional excessiva;
- desorganização;
- impulsividade;
- características associadas (histórico familiar).”

Ao fazer-se o diagnóstico da PHDA, em adultos, é preciso lembrar que as comorbilidades associadas são de uma intensidade maior e mais grave do que nas crianças, pois muitas vezes aparecem comportamentos depressivos associados: ansiedade, Transtorno do Humor Bipolar, abuso de drogas e transtornos da personalidade.

Sobre as comorbilidades associadas à PHDA na idade adulta, Khurana e Schubiner (2007:52) dizem que:

“Até 70% das crianças e adultos com perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade têm uma situação de comorbilidade psiquiátrica ou cognitiva durante a vida. (...) Deste modo, os médicos que avaliam um adulto com uma

²⁸ Instabilidade. (cf. Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora).

perturbação de deficiência de atenção/hiperactividade necessitam de ter em consideração estas possibilidades como parte da avaliação diagnóstica.”

As comorbilidades associadas à PHDA em adultos são as mesmas já referenciadas neste trabalho. Apresentam-se, seguidamente, um sumário das mais frequentes em adultos (para além das já apresentadas anteriormente no subcapítulo Comorbilidades), caracterizando-se, quase sempre, por variações de humor, problemas comportamentais e antissociais:

- “Depressão: tem como principal característica a dificuldade de concentração, de atenção e memória, perturbações do apetite e do sono.
- Ansiedade: tem como principal característica a excitação e a dificuldade de concentração; também a preocupação exagerada e todos os sintomas característicos da ansiedade.
- Transtorno do Humor Bipolar: caracteriza-se pela hiperatividade, dificuldades em manter a atenção; oscilações de humor; insónia; ilusões; disforia²⁹.
- Abuso de Substâncias químicas: tem como principais características a dificuldade de concentração, atenção; problemas de memória; oscilações de humor; consequências sociais e dependência psicológica.
- Transtorno de Personalidade (ou *Borderline* e Antissocial): tem como principais características a impulsividade e a instabilidade afetiva; histórias judiciais (antissocial), comportamento prejudicial e suicida (*borderline*); falta de reconhecimento do seu comportamento autodestrutivo.” (cf. Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005, com adapt.).

Khurana e Schubiner (2007) alertam para o facto de as comorbilidades poderem ter sintomas semelhantes aos da PHDA, pelo que se torna fundamental que não haja confusão no momento do diagnóstico, sendo essencial identificar os sintomas da PHDA e destrinchá-los das outras patologias associadas.

“(…) nenhum outro diagnóstico, como a esquizofrenia ou outra doença médica ou psiquiátrica, pode ser responsável pelos sintomas de perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade.” (Khurana e Schubiner, 2007:51).

²⁹ Sensação de mal-estar; mudança repentina e transitória do humor. (cf. Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005). Segundo Wozniak et al. (1995) e Biederman et al. (1996), a taxa de incidência de bipolaridade nos jovens com PHDA ronda os 23%. Segundo Strober e Carlson (1982) e Geller et al. (1994), a possibilidade de desenvolver, mais tarde, uma perturbação bipolar, em jovens com depressão, ronda os 20-40%. (cf. Daviss, 2008).

A PHDA em adultos tem um impacto muito grande nas suas vidas. Muitas vezes já na infância e adolescência mantinham episódios de indisciplina, elevadas taxas de insucesso académico, incapacidades de leitura, entre muitas outras dificuldades escolares e sociais. Os adultos com PHDA, geralmente, têm uma condição socioeconómica baixa, elevadas taxas de baixa autoestima, mudanças de emprego constantes e mais elevadas taxas de divórcio. (cf. Khurana e Schubiner, 2007).

Tal como acontece nas crianças, também nos adultos é muito difícil de diagnosticar a PHDA por ela estar muitas vezes associada a outras problemáticas ou por ter sintomas muito parecidos com os de outras sintomatologias. Há que continuar a fazer investigação para que se desenvolvam meios de diagnóstico mais adequados a esta perturbação para assim proporcionar, aos jovens e adultos, formas mais eficazes de tratamento e uma consequente melhoria nas suas vidas académicas, profissionais, sociais e pessoais.

O mais importante é que o diagnóstico, a avaliação e a intervenção sejam realizadas o tão atempadamente quanto possível – de preferência durante a infância –, para prevenir os efeitos que depois se repercutem na vida adulta.

9.2. *Avaliação e Intervenção na PHDA em adultos*

Os critérios de diagnóstico de PHDA em adultos são aplicados como nas crianças, apontando para os apresentados pelo DSM-IV-TR. No entanto, no caso dos adultos, esta avaliação poderá ir mais além, sobretudo na utilização de alguns testes mais específicos, orientados para a avaliação da PHDA em adultos.

Khurana e Schubiner (2007) citando Gallagher e Blader (citados por Marks, 2004) consideram alguns aspetos importantes para se fazer a avaliação da PHDA em adultos, nomeadamente:

- “Revisão de preocupações atuais;
- avaliação do nível de funcionamento na infância e no adulto;
- história psiquiátrica detalhada;
- avaliação da história de adaptação psicossocial;

- diagnóstico diferencial e avaliação de comorbidades;
- avaliação das desordens físicas;
- avaliação intelectual e das funções executivas;
- avaliação neurológica e avaliação psicoeducacional;
- avaliação e planeamento do tratamento.”

Os mesmos autores consideram que a avaliação deverá ser feita por um psicólogo, neurologista ou psiquiatra. Seguidamente, far-se-á a anamnese do paciente e depois uma entrevista ao mesmo e a todos os que lidam com ele. Só na fase seguinte serão aplicados os testes apresentados a seguir:

- “AHA (*Assessment of Hyperactivity and Attention*) – escala baseada no DSM-IV-TR;
- WCST – *Wisconsin Card Sorting Test* – teste de classificação de cartas de Wisconsin com o objetivo de avaliar o raciocínio abstrato;
- D-2- *Teste de Atenção Concentrada* – que tem como objetivo a medida da atenção concentrada, sua flutuação e capacidade de concentração;
- *Teste Stroop de Cores e Palavras* – exercícios com cores e palavras;
- *Figuras complexas de Rey* – que consiste na memória e reprodução de figuras geométricas complexas;
- *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.) – entrevista diagnóstica padronizada com base nos critérios do DSM-IV-TR;
- *Torre de Londres, Torre de Hanói e Torre de Toronto* – instrumentos neuropsicológicos muito similares que exigem destreza de movimentos;
- *Teste Visomotor de Bender* – teste que permite analisar alterações ao desenvolvimento neurológico;
- *Índice de Memória Operacional (IMO) do WAIS III – Escala de Inteligência Wechsler para Adultos Terceira Edição* – teste baseado em cálculos aritméticos para observar a retenção da informação e sua subsequente aplicação prática;
- *Tavis 2-R* – teste computadorizado para medir os diferentes aspetos da atenção;
- *Escalas de Beck* – escalas que permitem avaliar a depressão, ansiedade e identificação das comorbidades;
- *Testes Projectivos e de Personalidade: Rorschach, Zulliger, IFP, entre outros;*
- *Exames de neuroimagem* (tomografia, ressonância magnética ou SPECT³⁰ cerebral).” (cf. Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005).

- *Adult ADHD Self-Report Scale Symptoms Checklist.*
- *ADHD Rating Scale* (Guilford Press).
- *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview* (Multi-Health Systems). (cf. Khurana e Schubiner, 2007).

“Os adultos que são encaminhados para avaliação muitas vezes se apresentam com um quadro «florido», isto é, demonstram uma série de sintomas que são pertinentes também para outros transtornos dificultando a identificação e consequentemente o

³⁰ Sigla em inglês para designar o estudo do cérebro através de imagens tomográficas de medicina nuclear – *Single Photon Emission Computer Tomography*. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

processo de avaliação. Para o psicólogo, então, é de grande valia o uso de testes psicológicos nessa avaliação clínica.” (Lopes, Nascimento e Bandeira, 2005:s/p.).

Lino (2005) comenta que a autoavaliação é mais facilmente realizada pelos adultos, perante a observação dos seus sintomas e das sucessivas frustrações sentidas, bem como as limitações vivenciadas ao nível social, familiar, afetivo e profissional.

No entanto, Selikowitz (2010) não é da mesma opinião e diz que a autoavaliação é normalmente difícil para os adultos com PHDA, porque não são rigorosos a observar e não têm noção do impacto que têm nos outros.

Tal como acontece com as crianças com PHDA, a medicação é um método de intervenção bem-sucedido também nos adultos. Khurana e Schubiner (2007) pronunciam-se dizendo que esta proporciona uma melhoria evidente na funcionalidade e qualidade de vida dos indivíduos com PHDA e que habitualmente, tal como nas crianças, são usados os estimulantes metilfenidato e anfetamina, para o tratamento da perturbação.

Tal como já foi dito anteriormente, no subcapítulo da intervenção farmacológica, estes estimulantes provocam alguns efeitos secundários. O médico assistente deverá vigiar os sinais e corrigir ou modificar a medicação até esta se adequar ao paciente.

Para além do uso da medicação, poderão ser também implementadas como formas de intervenção, as tutorias educacionais e o aconselhamento familiar e individual. (cf. Parker, 2003).

Selikowitz (2010:265-266) partilha da mesma opinião e diz que os adultos com PHDA beneficiam com “aconselhamento, educação de adultos, grupos de autoajuda e ajuda especializada com aconselhamento e apoio profissional. (...) terapia de grupo ou individual,(...) terapia familiar (...) aconselhamento matrimonial (...)”.

O mesmo autor acrescenta que os métodos de controlo da agressividade, o tratamento de dependências, o aumento da autoestima e aperfeiçoamento das competências interpessoais, bem como a terapia cognitiva e o *role-playing*, poderão ser ótimos

coadjuvantes da medicação no reforço de competências, gestão de tempo e organização, redução do stress, controlo de pensamentos, entre outros.

Murphy (2005, citado por Rodrigues, 2008:16) aponta, como método de intervenção junto de adultos com PHDA, sobretudo “programas relacionados com as competências sociais, a intervenção educativa (métodos e hábitos de estudo), a intervenção no contexto laboral (*coaching*) e o aconselhamento pessoal ou marital.”

O adulto com PHDA poderá beneficiar ainda de outras estratégias de intervenção, como o uso de um gravador, em situações em que tenha de anotar alguma coisa; pedir apontamentos de colegas; usar o computador, para apresentar os seus trabalhos de forma mais legível; usar dicionários eletrónicos e audiolivros e, acima de tudo, não ter vergonha de admitir que tem PHDA, para que todos à sua volta possam contribuir de alguma maneira para o ajudar.

Em suma, para que a intervenção resulte, seja ela de que género for, deve ser explicada a problemática ao adulto com PHDA e aos seus familiares e/ou cônjuge, para que a perturbação seja mais facilmente aceite e controlada, através de um trabalho conjunto.

Parte II - Tratamento Empírico

Capítulo 10: Metodologia de Investigação

“La elección del método de investigación debe depender también, al menos en parte, de las exigencias de la situación de investigación de que se trate.”

(Cook e Reichardt, 2005:37).

10.1. Introdução

Uma investigação é realizada em fases: define-se o problema, formulam-se as hipóteses e as variáveis, seleciona-se a amostra e definem-se os procedimentos ou metodologias necessárias para fazer a investigação.

O problema é o objetivo da investigação. Toda a investigação decorre com o intuito de lhe dar resposta. As hipóteses formuladas são “respostas” prováveis ao problema, que irão ser testadas e que depois serão aceites ou refutadas. As variáveis surgem como intermediários que permitem que os objetivos da investigação não sejam distorcidos. A seleção da amostra é feita porque se considera que aquele grupo será representativo de uma determinada realidade. Os procedimentos e a metodologia escolhida permitem um controlo de tudo o que se passa na investigação, bem como a recolha dos dados e a sua análise estatística. (cf. Sousa, 2005).

Todas estas fases se encadeiam e fazem parte de um todo, em que as diferentes partes constituintes dependem sempre umas das outras ou da anterior.

10.2. Revisão Histórica

A aplicação das diferentes metodologias existentes (quantitativa e qualitativa) teve a sua origem com Galileu e o seu método experimental (1564-1642) e com Comte e o Positivismo (1798-1857), que consideravam a realidade como algo objetivo e observável, sob a mira dos diferentes investigadores, mas que podia ser quantificada. (cf. Sousa, 2005).

Hitchcock e Hughes (1995) mencionam dois paradigmas predominantes: o positivista, a que se associam os métodos quantitativos, e o interpretativo, a que se associam os métodos qualitativos. (cf. Pereira, Santiago e Oliveira in Costa e Paixão, 2004).

A metodologia qualitativa, associada ao paradigma qualitativo, teve a sua origem no idealismo de Kant (1724-1804). Segundo esta metodologia, a realidade não era apresentada como objetiva ou única, mas apresentava-se com diferentes interpretações consoante os indivíduos e as suas realidades. Os estudos qualitativos procuram, assim, compreender como funcionam os comportamentos e atitudes.

As metodologias qualitativas são, por isso, consideradas como construtivistas, anti-positivistas e não orientadas para a quantificação dos resultados, mas sim para a sua compreensão e interpretação, por oposição ao que fazem os métodos quantitativos. Por outro lado, as metodologias qualitativas baseiam-se na formulação de problemas e hipóteses e centram-se numa amostra que possa ser representativa e que permita uma generalização dos dados obtidos. (cf. Sousa, 2005).

“(…) los métodos cualitativos pueden ser definidos como técnicas de comprensión personal, de sentido común y de introspección mientras que los métodos cuantitativos podrían ser definidos como técnicas de contar, de medir y de razonamiento abstracto.” (Cook e Reichardt, 2005:45).

A controvérsia sobre o uso de metodologias quantitativas e/ou qualitativas tem vindo a perder fôlego, pois a evolução de *software* estatístico assim o permitiu e também porque se concluiu que as metodologias devem servir a investigação e adaptar-se a ela, pelo que não se pode considerar um método melhor ou pior que o outro.

Muitas vezes, a utilização de certa metodologia relaciona-se com a interpretação que fazemos da realidade que nos rodeia e do objeto de investigação e estudo.

A maioria dos investigadores utiliza uma combinação de metodologias (quantitativa e qualitativa), para extrair significados de uma realidade, através da sua visão pessoal e

combina-os com a mensuração estatística, que confirma perante as Ciências a validade dos resultados obtidos.

A este propósito, Minayo & Sanches (1993, citado por Fonseca, 2008:1-18) dizem que:

“há potencialidades e limitações das duas abordagens metodológicas, qualitativa e quantitativa (...). Se utilizadas dentro dos limites das suas especificidades, (...) ambas podem contribuir efetivamente para a procura de construção de teorias, formulação e teste de hipóteses, ou seja, melhor conhecimento da realidade.”

O presente estudo utiliza a metodologia quantitativo-experimental, “voltada essencialmente para a predição e explicação através da testagem de teorias e hipóteses” (Almeida e Freire, 2007:28), em que as hipóteses e as variáveis foram previamente definidas e em que se pretende, através da análise dos dados, quantificar os resultados, para assim se aferir se as hipóteses levantadas no início da investigação se confirmam ou não, isto é, se são válidas ou não.

10.3. *Questão de Investigação*

O principal problema levantado para esta investigação é:

- Quais os conhecimentos dos professores do ensino regular para intervir com alunos com PHDA?

10.4. *Objetivos*

10.4.1. *Objetivo geral*

- Aferir quais as medidas interventivas que os professores do ensino regular conhecem para lidar com alunos com PHDA.

10.4.2. Objetivo específico

- Conhecer as atitudes específicas, positivas ou negativas, dos professores do ensino regular para intervirem junto dos alunos com PHDA.

10.5. Hipóteses e Variáveis

“A hipótese específica é a que se explicita, com o objectivo de ser testada num determinado estudo. Uma hipótese geral é a versão mais ampla e mais conceptual, a partir da qual se deduzem as conclusões.” (Tuckman, 2000:113).

Segundo Sousa (2005), a hipótese deve ser formulada de vários modos, articular entre si as variáveis, intervir na resolução do problema e, através da investigação, verificar-se a sua validade.

“As variáveis são os dados a que as hipóteses se referem, definindo as relações de causa-e-efeito que se espera suceder entre elas. Consideram-se variáveis dependentes aquelas que dependem dos procedimentos da investigação, conotando-se directamente com as respostas que se procuram. As variáveis independentes serão aquelas que são independentes dos procedimentos da investigação, que não dependem da investigação, constituindo no entanto factores determinantes que a vão influenciar, recorrendo o investigador à sua manipulação para observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes.” (Sousa, 2005:58).

Para este estudo foram consideradas as seguintes hipóteses e variáveis:

Hipótese 1 (H1): Os professores do ensino regular aplicam medidas interventivas positivas para lidarem com os comportamentos dos alunos com PHDA.

Variável Independente (V.I.): Medidas interventivas positivas para a PHDA.

Variável Dependente (V.D.): Comportamentos dos alunos com PHDA.

H2: Os professores consideram que os alunos com PHDA devem estar integrados apenas em aulas de Educação Especial.

V.I.: Aceitação dos alunos com PHDA em turmas regulares.

V.D.: Integração dos alunos com PHDA na escola.

H3: Formação que os professores do ensino regular necessitam de ter para lidar com alunos com PHDA.

V.I.: Necessidade de formação dos professores sobre PHDA.

V.D.: Comportamentos dos alunos com PHDA.

H4: A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos académicos.

V.I.: Inclusão dos alunos em turmas regulares.

V.D.: Benefícios ou malefícios da inclusão dos alunos com PHDA, em termos académicos.

H5: A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos de socialização.

V.I.: Inclusão dos alunos em turmas regulares.

V.D.: Benefícios ou malefícios da inclusão dos alunos com PHDA, em termos de socialização.

H6: Os professores do ensino regular consideram haver uma melhoria nos comportamentos dos alunos com PHDA que tomam medicação.

V.I.: Alunos com PHDA que tomam medicação.

V.D.: Melhoria ou não dos comportamentos dos alunos com PHDA.

10.6. *Caracterização da amostra*

A escola, cujo corpo docente foi alvo deste estudo, fica situada no centro da cidade do Funchal e é a Escola Básica e Secundária Dr. Ângelo Augusto da Silva³¹, conhecida comumente como Escola da Levada. Surgiu na década de 70, sendo o seu ensino orientado para o 3º.ciclo do Ensino básico e Secundário. Atualmente, é uma referência no panorama escolar madeirense, oferecendo um vasto leque formativo, de entre os quais se podem salientar os cursos técnico-profissionais e os currículos alternativos.

Com o presente estudo pretendemos aferir quais os conhecimentos que os professores do ensino regular têm acerca dos alunos com PHDA e como devem intervir junto deles para melhorar o seu desempenho académico e promover a sua integração na sociedade. A escola escolhida- a Escola Básica e Secundária Dr. Ângelo Augusto da Silva (Funchal) é atualmente uma escola de referência, ao nível do 2º., 3º. Ciclos e Secundário, na implementação de uma unidade de Ensino Estruturado – sala TEACCH³²- por comparação com a escola escolhida no trabalho de projeto de Pós-Graduação, a Escola Básica e Secundária da Calheta, integrada numa zona mais rural da Madeira. Ambas serão alvo de comparação, nomeadamente, sobre os resultados obtidos na aplicação do questionário, que era praticamente idêntico, na altura da sua aplicação na Escola Básica e Secundária da Calheta, aquando da realização da Pós-Graduação, em 2009-2010.

Os dados relativos à Escola Básica e Secundária Dr. Ângelo Augusto da Silva são:

- **Pessoal docente** - Ano letivo 2012-13, 163 professores a lecionar; (*Vide* anexo 1).
- **Número de alunos**- Ano letivo 2012-13, 994 alunos e dentre estes, 69 alunos com NEE; (*Vide* anexo 2).

³¹ Caracterização realizada através da consulta do site da escola em <http://www.ebsaas.com/portal/> e através de documentação gentilmente cedida pelo Conselho Executivo da escola (*Vide* anexos 1 e 2).

³² TEACCH- Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children.

A escola que servirá para consolidação dos dados obtidos é a Escola Básica e Secundária da Calheta. Esta está situada no sítio da Vargem, Vila da Calheta, servindo a população de cinco freguesias deste concelho, no que respeita aos 2º e 3º ciclos e abrangendo todo o concelho na oferta do ensino secundário. A Escola Básica e Secundária da Calheta foi criada em 1972. O progressivo aumento do número de alunos e as limitações e condicionalismos físicos dessa escola levaram à construção de um conjunto de três edifícios no sítio da Vargem - Estrela que entraram em funcionamento a 22 de Novembro de 1981. Mais tarde foi atribuída a denominação de Escola Básica e Secundária da Calheta, sendo que a partir desta altura passou também a oferecer o ensino secundário.

Esta escola tem os seguintes recursos humanos:

- **Pessoal docente** - Ano letivo 2009-10, 123 professores a lecionar.
- **Número de alunos**- Ano letivo 2009-10, 818 alunos.³³

Tabela 5- Caracterização da amostra

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
EBS Dr. Ang. Aug. Silva	121	62,7	62,7	62,7
Valid EBS Calheta	72	37,3	37,3	100,0
Total	193	100,0	100,0	

Dos 193 docentes que responderam ao questionário, 121 docentes eram da Escola B. S. Dr. Ângelo A. Silva, representando 62,7% da amostra, enquanto que 72 docentes são da Escola B. S. da Calheta, representando 37,3% da amostra.

Tabela 6- Contagem das respostas por género

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
F	146	75,6	75,6	75,6
Valid M	47	24,4	24,4	100,0
Total	193	100,0	100,0	

³³ Os dados relativos aos docentes e aos alunos desta escola foram gentilmente cedidos pela mesma apenas para consulta.

				Count
Escola	EBS Calheta	Sexo	F	53
			M	19
	EBS Dr. Ang. Aug. Silva	Sexo	F	93
			M	28

Dos inquiridos, 75,6% (representando 146 inquiridos) eram do sexo feminino e 24,4% (representando 47 inquiridos) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 20 e mais de 60, estando a maior percentagem localizada entre os 30 e os 39 anos de idade (39,4%).

Tabela 7- Contagem das respostas por idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20-29	7	3,6	3,6	3,6
	30-39	76	39,4	39,6	43,2
	40-49	66	34,2	34,4	77,6
	50-59	40	20,7	20,8	98,4
	60 ou +	3	1,6	1,6	100,0
	Total	192	99,5	100,0	
Missing	S/ Resposta	1	,5		
Total		193	100,0		

Tabela 8- Caracterização da amostra pelo tempo de anos serviço

		Frequency	Percent	Cumulative Percent
Valid	0-10	41	21,2	21,2
	11-20	75	38,9	60,1
	21-30	55	28,5	88,6
	31-35	22	11,4	100,0
	Total	193	100,0	

Relativamente aos anos de serviço, verificou-se que a maioria dos inquiridos se situa entre os 11-20 anos de serviço, com 38,9%, seguido dos 21-30 anos, com 28,5%.

Tabela 9- Caracterização da amostra pelo nível de ensino

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2,3 Ciclo	93	48,2	48,4	48,4
Valid 3Ciclo e Sec	99	51,3	51,6	100,0
Total	192	99,5	100,0	
Missing S/Resposta	1	,5		
Total	193	100,0		

De um universo de 193 docentes, mais de metade da amostra analisada dava aulas ao 3º. Ciclo e Secundário, com uma representação de 51,3%.

10.7. Metodologia de recolha e análise dos dados

“Defendidos e definidos os construtos, importa construir instrumentos (testes, provas ou escalas de medida) que, aplicados aos indivíduos, nos permitam resultados informativos sobre a sua realidade latente (dimensões ou variáveis medidas). (...) podemos afirmar que o processo de construção de um teste ou prova começa pela definição do que se vai avaliar, para que se vai avaliar e junto de quem vai decorrer tal avaliação. (...) Esta maior pormenorização não só orienta nas fases sucessivas de recolha, análise e selecção dos itens a reter na prova ou situação de avaliação, como no imediato traduz uma opção por instrumentos de medida mais circunscritos a domínios, a objectivos e a grupos específicos.” (Almeida e Freire, 2007:115).

Para confirmar as hipóteses colocadas no início deste estudo, foi aplicado um questionário com 14 perguntas fechadas e com uma escala ordinal de tipo Likert de 5 opções de resposta: **1** - Discordo totalmente **2** – Discordo em parte **3** - Não concordo nem discordo **4**- Concordo parcialmente **5**- Concordo Totalmente.

“A metodologia do inquérito (...) utiliza-se quando a investigação procura estudar opiniões, atitudes e pensamentos de uma dada população e expressa-se geralmente em percentagens (...).” (Sousa, 2005:153).

A utilização de uma escala de Likert, com 5 postos, é fundamentada segundo a opinião de Almeida e Freire (2007:124):

“ (...) em escalas de avaliação, usualmente designadas escalas de Likert (...) importa ter itens com graus diferentes de dispersão dos resultados. (...) dever-se-á privilegiar os itens com maior distribuição dos sujeitos pelos pontos que o formato da escala assegura.”

Os mesmos autores advogam que para que um instrumento seja objetivo, a escala escolhida deve obedecer a alguns critérios, nomeadamente “Uma escala de tipo Likert com 9 postos pode contrariar este esforço de objectividade. (...) 5 postos apenas serão suficientes para os objectivos pretendidos.” (Almeida e Freire, 2007:119), pois os indivíduos terão menos dificuldades em responder, pois a distância entre os vários postos é menor.

O questionário (*Vide* apêndice 1) foi aplicado a um universo de 286 professores (das duas escolas), tendo-se recolhido 193 no total. A sua aplicação, em dois momentos diferentes, teve início em outubro (de 2009 e de 2012) e o seu término em dezembro. Findo o prazo estabelecido para a sua aplicação, os questionários foram recolhidos e procedeu-se à sua análise.

O questionário foi aplicado por administração direta, i.e., entregue em mãos aos inquiridos, com a ajuda dos funcionários não docentes de ambas as escolas, por forma a permitir que este alcançasse todos os docentes, independentemente do seu horário e possibilitando a sua aplicação a um elevado número de indivíduos num curto espaço de tempo, por forma a obter-se uma boa amostra.

“Segundo Ghiglione e Matalon (1985), a população é um todo, um universo, um conjunto definido de elementos que possuem determinadas características. (...) A amostra é, portanto, uma parte da população, possuidora de todas as características desta, representando-a na sua totalidade.” (cf. Sousa, 2005:64-65).

Utilizámos o questionário como instrumento de investigação, pois mostrava-se como o instrumento mais adequado para situação em análise, embora apresentasse algumas desvantagens, para além das vantagens, nomeadamente:

“Vantagens - podem ser aplicados a um grande número de indivíduos; obtêm-se dados de forma relativamente rápida; garantem o anonimato; permitem ao inquirido dar a resposta quando quiser; obtêm-se respostas que de outro modo seriam inacessíveis.

Desvantagens - não é possível saber o que pensa o inquirido no momento da resposta; pode não haver resposta a todas as perguntas; podem não ser devolvidos; não podem ser muito longos, sob pena de os inquiridos não responderem a tantas questões.” (cf. Sousa, 2005:202-206, com adapt.).

O questionário foi construído com base nas variáveis definidas e a ordenação das perguntas, de acordo com as hipóteses propostas, tendo sido aplicado após um pré-teste positivo.

A colocação de perguntas fechadas aos inquiridos tornou-as mais facilmente mensuráveis, reduzindo as probabilidades de uma resposta subjetiva.

O questionário aplicado tinha 14 perguntas. Cada pergunta continha um conjunto de afirmações de forma a aferir quais as estratégias que os professores consideravam adequadas para intervir junto de alunos com PHDA e também pretendíamos averiguar o seu grau de aceitação de alunos com PHDA na escola regular e se sentiam necessidade de obter formação nesta área.

Posteriormente, procedeu-se à análise dos dados, utilizando o método quantitativo, através da análise estatística dos dados, com recurso à contagem dos mesmos, utilizando-se o Excel e o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para estabelecer comparações entre os resultados obtidos agora, na Escola B. S. Dr. Ângelo A. da Silva, e os anteriormente verificados no trabalho de Pós-Graduação, na Escola B. S. da Calheta.

Miles e Huberman (1984, citados por Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2008:118) “definem a fase de tratamento dos dados como «a estruturação de um conjunto de informações que vai permitir tirar conclusões e tomar decisões».”

Já Almeida e Freire (2007:123) definem a fase de análise de dados como “a apreciação da dificuldade ou dispersão das respostas numa amostra de sujeitos avaliados.”

Capítulo 11: Apresentação e discussão dos resultados

“Van der Maren vê a redução dos dados, como uma operação de codificação necessária ao tratamento, isto é, à sua organização e à sua representação ulterior. Trata-se, já aí, de um primeiro momento de interpretação numa investigação.”
(Lessard, Goyette e Boutin, 2008:109).

11.1. Apresentação dos resultados

Após a caracterização da amostra e contagem dos dados pudemos verificar que dos 193 questionários recolhidos, representando 67,48% da população total de docentes das duas escolas, a grande maioria eram do género feminino, lecionavam principalmente ao 3º. Ciclo e Secundário e que as faixas etárias mais representativas estavam situadas entre os 30 e os 49 anos (73,6%).

Também de salientar que os inquiridos do género masculino, na sua grande maioria, situavam-se numa faixa etária dos 30 aos 39 anos de idade e lecionavam principalmente ao ensino Secundário.

Tabela 10- Sexo vs. Nível de Ensino

		Nível Ensino		Total
		2,3 Ciclos	3 Ciclo Sec	
Sexo	F	73	72	145
	M	20	27	47
Total		93	99	192

Tabela 11- Sexo vs. Anos de serviço

		Anos Serviço				Total
		0-10	11-20	21-30	31-35	
Sexo	F	29	56	41	20	146
	M	12	19	14	2	47
Total		41	75	55	22	193

Tabela 12- Sexo vs. Idade

		Idade					Total
		29-29	30-39	40-49	50-59	60 ou +	
Sexo	F	2	56	52	33	3	146
	M	5	20	14	7	0	46
Total		7	76	66	40	3	192

Seguidamente, fizemos a análise das perguntas do questionário. Partimos, desde logo, do pressuposto de que se as respostas obtidas fossem Concordo para as opções de resposta relativas a estratégias consideradas positivas por diversos autores, então aceitava-se que os professores do ensino regular tinham conhecimentos sobre estratégias de intervenção na PHDA e sabiam como lidar com estes alunos. Em contrapartida, se as respostas incidissem mais nas restantes opções, então teríamos de rejeitar as hipóteses formuladas, pois os resultados revelariam que os professores do ensino regular não conheciam estratégias de intervenção na PHDA nem sabiam como lidar com estes alunos.

Concluímos, ainda, que os resultados obtidos nesta investigação levar-nos-ão à confirmação ou rejeição das hipóteses formuladas sobre a necessidade dos professores do ensino regular terem formação nesta área; se os alunos com PHDA deveriam frequentar apenas as aulas de Educação Especial e, até que ponto, concordam que a sua integração na escola regular e a toma de medicação ajudam a melhorar os seus comportamentos.

Assim, para cada uma das hipóteses formuladas utilizámos o teste T- Student, de forma a estabelecermos uma comparação e identificarmos potenciais diferenças entre as respostas dos professores das escolas estudadas.

Da comparação dos resultados obtidos nas duas escolas verificámos que a EBS Calheta (escola 2) tinha um corpo docente maioritariamente feminino, com idades compreendidas, na sua maioria, entre os 30-39 anos de idade; quanto ao tempo de serviço, a maior representação foi a dos docentes com 0-10 e 11-20 anos de tempo de serviço, sendo que a distribuição pelos ciclos de ensino era aproximada entre eles, embora se registasse uma maior representação no 3º. Ciclo e Secundário.

Na EBS Dr. Ângelo Augusto da Silva (escola 1), o corpo docente era maioritariamente feminino e a maior representação na idade situava-se entre os 40-49 e os 50-59 anos de idade; quanto aos anos de serviço, a grande maioria situava-se entre os 11-20 e os 21-30 anos de serviço, sendo que os docentes lecionavam maioritariamente ao 3º. Ciclo e Secundário.

Tabela 13- Escola vs. Sexo

		Sexo		Total
		F	M	
Escola	1	93	28	121
	2	53	19	72
Total		146	47	193

Tabela 14- Escola vs. Idade

		Idade					Total
		20-29	30-39	40-49	50-59	60 ou +	
Escola	1	0	30	50	38	3	121
	2	7	46	16	2	0	71
Total		7	76	66	40	3	192

Tabela 15- Escola vs. Anos de serviço

		Anos_Servico				Total
		0-10	11-20	21-30	31-35	
Escola	1	6	45	49	21	121
	2	35	30	6	1	72
Total		41	75	55	22	193

Para as perguntas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 do questionário, levantámos a seguinte hipótese:

H0: Os professores de ambas as escolas atribuem a mesma importância às estratégias de intervenção positivas e negativas.

H1: Os professores de ambas as escolas atribuem uma importância diferente às estratégias de intervenção positivas e negativas.

Como se trata de um teste bilateral, se $p\text{-value} \leq 0.05$ rejeitaremos a H_0 .

Por sua vez, se $p\text{-value} > 0.05$ aceitaremos a hipótese que os professores de ambas as escolas reconhecem a importância das estratégias de intervenção positivas e negativas.

Para cada uma das perguntas vamos identificar as diferentes estratégias adequadas/positivas e inadequadas/negativas e testá-las, de modo a concluirmos se as mesmas são ou não aceites pelos professores.

Vamos também verificar o teste de homogeneidade de variâncias, que consiste em verificar se as variâncias de cada grupo são iguais entre si. Para este efeito vamos considerar o teste de Levene. Este teste é usado para “a homogeneidade das variâncias das duas amostras; são apresentadas as estatísticas de teste para as situações de variâncias homogêneas e não homogêneas; é estabelecido um intervalo de confiança para a diferença entre as médias.” (Pocinho e Figueiredo, s/d).

H_0 : As variâncias da estratégia considerada são iguais em cada uma das escolas.

H_1 : As variâncias da estratégia considerada são diferentes em cada uma das escolas.

Se $p > 0.05$ aceita-se a H_0 .

Se $p \leq 0.05$ rejeita-se a H_0 .

Passemos, então, à apresentação e análise dos resultados obtidos.

Em relação à pergunta 1 do questionário - **Quando o aluno com PHDA mostrar dificuldades em terminar um trabalho/tarefa, devo...**, as repostas obtidas foram repartidas da seguinte forma:

Tabela 16- Resultados da pergunta 1

	Sentar ao lado de colega	Ajudar aluno de forma Individual	Dividir trabalho em partes pequenas	Reduzir a quantidade de TPC	Professor repreende aluno	Acção irrelevante
N Valid	181	177	185	166	173	171
Missing	12	16	8	27	20	22
Mean	3,38	4,22	4,21	3,07	1,87	1,35
Mode	4	4	4	3	1	1

Na primeira opção- “Sentá-lo ao lado de um colega mais esperto que o incentive”- a resposta mais dada foi Concordo (4) com 40,3% de respostas. De igual modo, podemos verificar que se agruparmos as respostas Concordo (4) com Concordo Totalmente (5), que são as respostas identificadas como estratégias de intervenção positivas, obtemos um total de 55,2%; no entanto, a média é de 3,38.

Tabela 17- Sentar ao lado de colega

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	14	7,3	7,7	7,7
2	31	16,1	17,1	24,9
3	36	18,7	19,9	44,8
4	73	37,8	40,3	85,1
5	27	14,0	14,9	100,0
Total	181	93,8	100,0	
Missing System	12	6,2		
Total	193	100,0		

Na segunda opção- “Ajudar o aluno de forma individual”-, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 53,7% de respostas, sendo que se agruparmos as respostas Concordo (4) e Concordo Totalmente (5), que são como já verificámos as estratégias de intervenção adequadas, obtemos um total de 88,7% do total das respostas. A média verificada é de 4,22.

Tabela 18- Ajudar o aluno de forma individual

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	3	1,6	1,7	1,7
3	17	8,8	9,6	11,3
Valid 4	95	49,2	53,7	65,0
5	62	32,1	35,0	100,0
Total	177	91,7	100,0	
Missing System	16	8,3		
Total	193	100,0		

Na terceira opção- “Dividir o trabalho em partes mais pequenas”-, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 42,7% das respostas obtidas. Verificamos que as respostas Concordo (4) e Concordo Totalmente (5) são as que reúnem maior representatividade, com um total de 82,7% das respostas dadas. A média obtida foi de 4,21, concluindo-se que a resposta se encontra dentro do intervalo das estratégias consideradas positivas.

Tabela 19- Dividir o trabalho em partes pequenas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	3	1,6	1,6	1,6
3	29	15,0	15,7	17,3
Valid 4	79	40,9	42,7	60,0
5	74	38,3	40,0	100,0
Total	185	95,9	100,0	
Missing System	8	4,1		
Total	193	100,0		

Na quarta opção - “Reduzir a quantidade de TPC nesse dia”- os resultados situaram-se na sua maioria nos 29,5%, no Não concordo nem discordo (3), não se podendo retirar uma conclusão acerca da aplicação desta estratégia, o que demonstra que não há concordância dos professores sobre a possibilidade de reduzir os TPC. Esta estratégia seria considerada adequada se tivéssemos em conta o somatório dos valores obtidos nas respostas Concordo (4) e Concordo Totalmente (5), que representam 36,2% das respostas.

Tabela 20- Reduzir a quantidade de TPC

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	16	8,3	9,6	9,6
2	41	21,2	24,7	34,3
3	49	25,4	29,5	63,9
4	36	18,7	21,7	85,5
5	24	12,4	14,5	100,0
Total	166	86,0	100,0	
Missing System	27	14,0		
Total	193	100,0		

As últimas duas opções – “Repreender o aluno” / “A minha ação é irrelevante”-, consideradas como estratégias pouco positivas, reuniram respetivamente, 48% e 81,3% na opção Discordo Totalmente (1). Concluímos que os docentes não utilizam a punição ou a indiferença como método de intervenção. A média para estas respostas é de 1,87 e 1,35, respetivamente.

Tabela 21- Professor repreende o aluno

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	83	43,0	48,0	48,0
2	51	26,4	29,5	77,5
3	21	10,9	12,1	89,6
4	15	7,8	8,7	98,3
5	3	1,6	1,7	100,0
Total	173	89,6	100,0	
Missing System	20	10,4		
Total	193	100,0		

Tabela 22- A minha ação é irrelevante

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	139	72,0	81,3	81,3
2	16	8,3	9,4	90,6
3	10	5,2	5,8	96,5
4	1	,5	,6	97,1
5	5	2,6	2,9	100,0
Total	171	88,6	100,0	
Missing System	22	11,4		
Total	193	100,0		

De seguida, para verificarmos se existiam diferenças significativas entre as escolas em que foi feita esta investigação, utilizámos o teste T-Student, para as amostras das duas escolas, para averiguar se as respostas seguiam a mesma tendência. Como nos dizem Pocinho e Figueiredo (s/d) utiliza-se este tipo de teste para comparar a:

“média de uma amostra com a média conhecida de uma população (T-One-Sample test) e também para comparar as médias de uma mesma variável ou característica observada sobre duas amostras independentes de indivíduos, com a condição de que os indivíduos sejam aleatoriamente atribuídos aos dois conjuntos em comparação (Independent Samples T-test).”

Tabela 23-Teste T- Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Sentar ao lado de colega	Equal variances assumed	,160	,690	,023	179	,982	,004	,179	-,349	,358
	Equal variances not assumed			,023	142,193	,982	,004	,178	-,347	,355
Ajudar aluno forma individual	Equal variances assumed	2,907	,090	,852	175	,396	,090	,106	-,119	,300
	Equal variances not assumed			,873	150,362	,384	,090	,104	-,114	,295
Dividir trabalho em partes pequenas	Equal variances assumed	3,674	,057	1,677	183	,095	,194	,116	-,034	,422
	Equal variances not assumed			1,686	142,611	,094	,194	,115	-,033	,421
Reduzir quantidade TPC	Equal variances assumed	2,422	,122	2,192	164	,030	,412	,188	,041	,784
	Equal variances not assumed			2,284	153,980	,024	,412	,181	,056	,769
Professor repreenhe aluno	Equal variances assumed	,234	,629	1,317	171	,190	-,215	,163	-,537	,107
	Equal variances not assumed			1,319	138,650	,189	-,215	,163	-,537	,107
Acção irrelevante	Equal variances assumed	2,257	,135	,629	169	,530	,085	,135	-,182	,352
	Equal variances not assumed			,674	162,562	,501	,085	,126	-,164	,334

Pela análise do teste T-Student podemos concluir que as respostas obtidas nesta pergunta, pelos professores de ambas as escolas, são aproximadas, conforme se pode observar nos resultados apresentados em baixo. A exceção é a opção “Reduzir a

quantidade de TPC nesse dia” que conforme se pode verificar a escola 1 obteve uma média de 3,22, enquanto que a escola 2 obteve uma média de 2,82.

Relativamente ao teste de Levene para verificar a homogeneidade das variâncias verificámos que para todas as variáveis $p > 0.05$, logo não se rejeita a H_0 , isto é, todas as variâncias da estratégia considerada são iguais em cada uma das escolas.

Tabela 24- Média de respostas na pergunta 1

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Sentar ao lado de colega	1	98	3,32	1,181	,119
	2	62	3,31	1,139	,145
Ajudar aluno de forma individual	1	98	4,24	,704	,071
	2	62	4,15	,649	,082
Dividir trabalho em partes pequenas	1	98	4,22	,780	,079
	2	62	4,13	,757	,096
Reduzir a quantidade de TPC	1	98	3,22	1,281	,129
	2	62	2,82	1,048	,133
Professor repreende aluno	1	98	1,84	1,072	,108
	2	62	1,92	,997	,127
Acção irrelevante	1	98	1,34	,896	,091
	2	62	1,31	,715	,091

Comparando os resultados obtidos na escola 1, com os resultados obtidos na escola 2, pudemos observar o seguinte: na pergunta 1- **Quando o aluno com PHDA mostra ter dificuldades em terminar um trabalho/tarefa, devo...** na primeira opção, a resposta dada mais aproximada foi Não concordo nem discordo (3) com uma média de 3,32 e 3,31, respetivamente. Na segunda e terceira opções, a resposta mais dada, aproximadamente, foi Concordo (4) com uma média de 4,24 e de 4,15, respetivamente para cada escola. Na quarta opção “Reduzir a quantidade de TPC nesse dia”, a resposta mais dada nas duas escolas, de forma aproximada, foi Não concordo nem discordo (3) com uma média de 3,22 e de 2,82, respetivamente. Na opção “Repreender o aluno”, as respostas obtidas nas duas escolas apresentam uma média de 1,84 para a escola 1 e 1,92 para a escola 2. Na última opção, a tendência de resposta foi Discordo Totalmente (1) com médias entre os 1,34 e 1,31, respetivamente.

Pudemos constatar que os professores do ensino regular de ambas as escolas sabem como agir perante o comportamento dos alunos com PHDA, descrito na pergunta 1, identificando duas estratégias positivas e rejeitando duas estratégias negativas, das seis estratégias enumeradas nesta questão. O facto de os alunos não conseguirem completar ou terminar tarefas está estabelecido nos critérios de diagnóstico para o défice de atenção, no DSM-IV-TR, que diz que “com frequência não segue instruções e não termina os seus deveres escolares (...)”.

Também Vásquez (in Bautista, 1997) fala na falta de atenção e nas dificuldades de aprendizagem como características da PHDA. Estas dificuldades de aprendizagem são bastante penalizadas em contexto de sala de aula, resultantes das características da PHDA. (cf. Barkley, citado por Lopes, 2004, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Vallet (citado por Vásquez, in Bautista, 1997) também refere que a hiperatividade se caracteriza pela atenção dispersa.

Selikowitz (2010) apresenta na sua obra um quadro com os sintomas da PHDA, onde em cada subtipo se referem as características. Mais uma vez o “défice de atenção” e as “tarefas incompletas” aparecem como sinais identificadores da PHDA, sobretudo no subtipo desatento.

Da análise dos resultados obtidos, constatou-se que os docentes das duas escolas rejeitaram as estratégias propostas na primeira e quarta opção – “Sentá-lo ao lado de um colega mais esperto que o incentive”/“Reduzir a quantidade de TPC nesse dia”, concluindo-se que estas estratégias não são vistas pelos docentes como estratégias adequadas face aos comportamentos dos alunos com PHDA. Verificámos, ainda, que os professores da escola 1 têm uma atitude mais positiva perante a opção “Reduzir a quantidade de TPC nesse dia”, com uma média de 3,22, enquanto que os professores da escola 2 apresentaram uma atitude menos positiva, com uma média de respostas de 2,82, conforme verificado no teste T- Student, em que a distribuição das respostas varia consoante as escolas.

Podemos, então, dizer que os professores de ambas as escolas consideraram esta estratégia (“Reduzir a quantidade de TPC nesse dia”) pouco adequada para lidar com os comportamentos dos alunos com PHDA. A repartição de tarefas, a redução da sua extensão e quantidade e até mesmo a redução da quantidade de TPC para esse dia em que o aluno com PHDA revele ter dificuldades em terminar uma atividade está fundamentada por diversos autores, entre eles Gomes e Ambrósio (2008) e Dowdy, Patton, Smith & Polloway (1998).

A intervenção deve passar sobretudo pela aplicação de estratégias positivas que visam a modificação dos comportamentos disruptivos, nomeadamente “Sentá-lo ao lado de um colega mais esperto que o incentive.” (cf. Dowdy, Patton, Smith & Polloway, 1998), pois este aluno mais esperto servirá como modelo. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008).

Também o apoio de um tutor ou de um aluno mais responsável que o oriente ajudará a alterar alguns comportamentos menos adequados. (cf. Rodrigues, 2008).

De salientar que em relação às estratégias consideradas menos positivas, como repreender ou ignorar o aluno, os professores de ambas as escolas recusaram-nas, revelando que não as consideram estratégias corretas, demonstrando conhecer as estratégias menos positivas e que não devem ser usadas com os alunos com PHDA.

A punição ou castigo é vista como menos positiva, pois só deverá ser feita quando exista uma alternativa para o comportamento disruptivo. A não ser assim, o jovem com PHDA não entenderá porque está a ser punido e continuará a incorrer no erro de repetir comportamentos que para ele não lhe parecem desadequados. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008).

Das seis estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 1, os professores identificaram duas estratégias positivas e rejeitaram duas negativas.

Em relação à pergunta 2- **Quando o aluno com PHDA interrompe as atividades que estão a decorrer na sala de aula, devo...** obtivemos a seguinte repartição de respostas:

Tabela 25- Resultados da pergunta 2

	Repreender	Relembrar aluno regras sala	Ensinar que deve levantar mão quando pretende falar	Negociar com aluno recompensa	Nada do que faça pode ter influência
Valid N	174	184	184	178	174
Missing	19	9	9	15	19
Mean	2,89	4,13	4,40	3,10	1,32
Mode	4	4	5	3	1

Na primeira opção – “Repreendê-lo”- a resposta mais dada foi Concordo (4) com 29,3%, do total de professores que responderam a esta opção na questão 2, seguida de Discordo (2), com 24,7%. Constatámos que existe uma grande dispersão dos resultados, o que torna mais relevante a verificação por escola.

Tabela 26- Repreender

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	30	15,5	17,2	17,2
2	43	22,3	24,7	42,0
3	34	17,6	19,5	61,5
4	51	26,4	29,3	90,8
5	16	8,3	9,2	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Na segunda opção – “Relembrar ao aluno as regras da sala”-, as respostas mais dadas foram Concordo (4), com 47,8%, seguidas de Concordo Totalmente (5) com 36,4%, o que perfaz um total de 84,2% das respostas dadas. Deste modo, concluímos que a grande maioria dos professores reconhece esta estratégia como positiva.

Tabela 27- Relembrar ao aluno as regras da sala

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	14	7,3	7,6	7,6
3	15	7,8	8,2	15,8
Valid 4	88	45,6	47,8	63,6
5	67	34,7	36,4	100,0
Total	184	95,3	100,0	
Missing System	9	4,7		
Total	193	100,0		

Na terceira opção de resposta “Ensiná-lo que deve levantar a mão quando pretende falar”, a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5), com 53,8%, seguida de Concordo (4), com 34,8%, totalizando 88,6%. Deste modo, podemos concluir que os docentes consideram esta estratégia como um bom método de intervenção perante este comportamento do aluno com PHDA. Realçamos que a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5) e que a média para esta opção de resposta foi de 4,40.

Tabela 28- Ensinar que deve levantar mão quando pretende falar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	4	2,1	2,2	2,2
3	17	8,8	9,2	11,4
Valid 4	64	33,2	34,8	46,2
5	99	51,3	53,8	100,0
Total	184	95,3	100,0	
Missing System	9	4,7		
Total	193	100,0		

Na quarta opção – “Negociar com o aluno uma recompensa, se tiver um bom comportamento”, a resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 30,9%, havendo uma grande dispersão nas respostas, pelo que se pode concluir que negociar com o aluno uma recompensa não é bem aceite pelos professores inquiridos.

Tabela 29- Negociar com aluno uma recompensa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	29	15,0	16,3	16,3
2	23	11,9	12,9	29,2
3	55	28,5	30,9	60,1
4	43	22,3	24,2	84,3
5	28	14,5	15,7	100,0
Total	178	92,2	100,0	
Missing System	15	7,8		
Total	193	100,0		

Na última opção – “Nada do que eu faça pode ter alguma influência”-, a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1) com 79,9%, seguida de Discordo (2), com 10,9%, perfazendo um total de 90,8%, revelando que os professores concordam que devem sempre tomar uma atitude positiva e não se manter indiferentes.

Tabela 30-Nada do que faça pode ter influência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	139	72,0	79,9	79,9
2	19	9,8	10,9	90,8
3	12	6,2	6,9	97,7
4	4	2,1	2,3	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Fazemos, agora a comparação dos resultados obtidos entre as duas escolas, através do T-Student.

Tabela 31- Teste T-Student e teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Repreender	Equal variances assumed	3,914	,050	-	168	,011	-,499	,195	-,884	-,114
	Equal variances not assumed			2,638						
Relembrar aluno regras sala	Equal variances assumed	11,833	,001	,321	168	,748	,044	,136	-,225	,312
	Equal variances not assumed			,350						
Ensinar que deve levantar mão quando pretende falar	Equal variances assumed	1,484	,225	,210	168	,834	,025	,119	-,210	,261
	Equal variances not assumed			,216						
Negociar com aluno recompensa	Equal variances assumed	,495	,483	-,041	168	,967	-,008	,205	-,413	,396
	Equal variances not assumed			-,041						
Nada do que faça pode ter influência	Equal variances assumed	3,033	,083	,649	168	,517	,069	,107	-,142	,280
	Equal variances not assumed			,699						

Efetuada a análise através do teste T-Student verificámos que, excetuando a primeira opção de resposta, em que se aceita a hipótese nula, os professores de ambas as escolas reconhecem a importância das estratégias positivas e negativas. No entanto, na

primeira opção “Repreendê-lo”, a escola 1 apresentou uma média de 2,68 e a escola 2, 3,18, verificando-se uma diferença entre escolas e realçando-se que os docentes da escola 1 revelam uma tendência para considerar esta estratégia como negativa comparativamente aos docentes da escola 2.

No teste de Levene, para verificar a homogeneidade das variâncias, verificámos que para as primeiras duas opções de resposta $p \leq 0.05$, logo rejeitou-se a H_0 , isto é, que todas as variâncias da estratégia considerada não são iguais em cada uma das escolas. Enquanto que para as restantes opções não se rejeita a H_0 , considerando que todas as variâncias da estratégia considerada são iguais em cada uma das escolas.

Tabela 32-Média de respostas na pergunta 2

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Repreender	1	104	2,68	1,302	,128
	2	66	3,18	1,136	,140
Relembrar aluno regras sala	1	104	4,13	,976	,096
	2	66	4,09	,650	,080
Ensinar que deve levantar mão quando pretende falar	1	104	4,40	,795	,078
	2	66	4,38	,696	,086
Negociar com aluno recompensa	1	104	3,07	1,287	,126
	2	66	3,08	1,328	,163
Nada do que faça pode ter influência	1	104	1,33	,756	,074
	2	66	1,26	,535	,066

Na pergunta 2- **Quando o aluno com PHDA interrompe as atividades que estão a decorrer na sala de aula, devo...**, a opção 1 registou uma média de 2,68 relativa à escola 1, enquanto que na escola 2 a média é de 3,18, o que nos leva a concluir que os professores escola 2 consideram que repreender o aluno é a estratégia mais correta para corrigir os seus comportamentos desadequados, comparativamente com a escola 1, que desaprova esta estratégia.

Na segunda opção, a resposta mais dada foi Concordo (4) com médias de 4,13 e 4,09, respetivamente para a escola 1 e para a escola 2. Deste modo, esta opção é considerada como sendo uma opção positiva.

Na opção 3, a resposta mais dada foi Concordo (4), com médias de 4,40 e 4,38, respetivamente, confirmando-se que os professores de ambas as escolas consideram esta estratégia como sendo uma estratégia correta.

Na quarta opção, a maioria das respostas foi Não concordo nem discordo (3) com médias de 3,07 e 3,08, respetivamente, o que não permitiu tirar uma conclusão objetiva sobre a concordância dos professores acerca desta atitude sobre como lidar com os alunos com PHDA.

Na última opção, com médias de 1,33 e 1,26, respetivamente, a resposta mais dada foi resposta Discordo Totalmente (1). Aceitou-se, portanto, que esta estratégia é considerada uma atitude negativa pelos docentes, face aos comportamentos dos alunos com PHDA.

Da comparação dos dados obtidos podemos concluir que os professores da escola 2 consideraram que reprender o aluno seria a estratégia mais correta a usar comparativamente à escola 1, quando este interrompe as atividades da sala de aula. Como já verificámos anteriormente, esta estratégia deve ser rejeitada, pois irritar-se com o jovem com PHDA pode produzir o efeito contrário, isto é, agravar mais os seus comportamentos desadequados. (cf. Garcia, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

O facto do aluno com PHDA interromper as atividades da sala de aula está relacionado com a sua perturbação e os comportamentos característicos desta: Comportamento disruptivo na escola e junto dos seus pares; Dificuldade em seguir instruções; Dificuldade em esperar. (cf. Sheryl Olson, 2002).

Estes comportamentos estão justificados por uma característica: a impulsividade. Segundo o DSM-IV-TR este sintoma traduz-se no interromper conversas e atividade dos outros, dar respostas precipitadas ou ter dificuldade em esperar pela sua vez.

Também Sosin e Sosin (2006) falam da impulsividade caracterizando-a por aspetos como agir sem pensar, ter dificuldade em esperar pela sua vez e interromper conversas.

As estratégias de intervenção adequadas nesta situação seriam relembrar ao aluno as regras da sala de aula, ensiná-lo a levantar a mão quando quisesse falar e negociar com ele uma recompensa, quando tivesse um bom comportamento. Esta última estratégia não foi bem aceite pelos professores de ambas as escolas, como pudemos verificar pelos resultados obtidos, em que a resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3).

Contudo a negociação com o aluno e o estabelecimento de contratos é um dos aspetos principais para a modificação de comportamento e também através do reforço positivo e material, como nos dizem os autores Pinho, Mendes e Pereira (2007).

Também Nielsen (1997) diz que a melhoria dos comportamentos só acontecerá através da intervenção na área comportamental com programas de autocontrolo do comportamento.

Vásquez (in Bautista, 1997) diz que interessa conhecer os comportamentos disruptivos e aplicar um programa de redução/modificação dos comportamentos disruptivos.

Em relação ao estabelecimento de regras e ao esperar pela sua vez para intervir, Gomes e Ambrósio (2008) dizem que se devem estabelecer regras e consequências, estabelecer alternativas para comportamentos desadequados e elogiar os comportamentos adequados e ignorar os desadequados.

Da mesma opinião são Dowdy, Patton, Smith & Poloway (1998), que apresentam um quadro síntese com todas as atitudes menos corretas e quais as melhores estratégias de intervenção em cada situação, dizendo que neste caso se devem estabelecer contratos comportamentais, elogiar os comportamentos adequados e estabelecer um sistema de recompensas.

Das cinco estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 2, os professores identificaram duas estratégias como sendo positivas e rejeitaram uma estratégia.

Relativamente à pergunta 3- **Quando o aluno com PHDA não obedece às regras da sala de aula, devo...**, obtivemos a seguinte distribuição de respostas:

Tabela 33- Resultados da pergunta 3

	Mandar sair sala de aula	Relembrar regras ao aluno	Dar reforços positivos imediatos quando as cumpre	Criticar o aluno por não se saber comportar	Nada do que eu faça mudará a sua atitude
Valid N	177	183	187	174	173
Missing	16	10	6	19	20
Mean	2,13	4,09	4,34	2,03	1,38
Mode	1	4	5	1	1

A resposta na primeira opção – “Mandá-lo sair da sala de aula”- foi Discordo Totalmente (1) com 39%, enquanto que a opção Discordo (2) teve a preferência de 24,3% dos professores. Deste modo, o total de professores que considera esta opção negativa é de 63,3%.

Tabela 34-Mandar sair sala de aula

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	69	35,8	39,0	39,0
2	43	22,3	24,3	63,3
3	43	22,3	24,3	87,6
4	17	8,8	9,6	97,2
5	5	2,6	2,8	100,0
Total	177	91,7	100,0	
Missing System	16	8,3		
Total	193	100,0		

Na segunda opção – “Relembrar as regras ao aluno”-, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 49,2%, seguida da opção Concordo Totalmente (5) com 32,2%. Aqui verificámos que a maioria dos professores, cerca de 81,4%, consideraram esta estratégia positiva.

Tabela 35-Relembrar regras ao aluno

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	9	4,7	4,9	4,9
3	25	13,0	13,7	18,6
Valid 4	90	46,6	49,2	67,8
5	59	30,6	32,2	100,0
Total	183	94,8	100,0	
Missing System	10	5,2		
Total	193	100,0		

Na terceira opção – “Dar reforços positivos imediatos, quando as cumpre”-, a opção que reuniu mais consenso foi Concordo Totalmente (5), com 47,1%, seguida da opção Concordo (4), com 43,3%. Assim, constatámos que os professores consideraram esta estratégia positiva, com um total de 91,4%.

Tabela 36-Dar reforços positivos imediatos quando as cumpre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,5	,5	,5
2	4	2,1	2,1	2,7
Valid 3	13	6,7	7,0	9,6
4	81	42,0	43,3	52,9
5	88	45,6	47,1	100,0
Total	187	96,9	100,0	
Missing System	6	3,1		
Total	193	100,0		

Na opção – “Criticar o aluno por não se saber comportar”- os professores consideraram esta estratégia negativa com as respostas Discordo Totalmente (1) (38,5%) e Discordo (2) (32,8%) a reunirem a preferência de 71,3% dos professores. De salientar que, apesar da resposta mais dada ter sido Discordo Totalmente (1), a média de respostas foi de 2,03.

Tabela 37-Criticar o aluno por não se saber comportar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	67	34,7	38,5	38,5
2	57	29,5	32,8	71,3
3	30	15,5	17,2	88,5
4	18	9,3	10,3	98,9
5	2	1,0	1,1	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Na opção final desta pergunta - “Nada do que eu faça mudará a sua atitude”, os professores rejeitaram claramente esta estratégia, com 77,5% dos professores a Discordarem Totalmente (1) desta estratégia e 12,1% a Discordarem (2), o que perfaz um total de 89,6% de professores a discordarem desta estratégia.

Tabela 38-Nada do que eu faça mudará a sua atitude

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	134	69,4	77,5	77,5
2	21	10,9	12,1	89,6
3	11	5,7	6,4	96,0
4	6	3,1	3,5	99,4
5	1	,5	,6	100,0
Total	173	89,6	100,0	
Missing System	20	10,4		
Total	193	100,0		

Vamos verificar agora se existem diferenças entre as respostas dadas pelas diferentes escolas. Aplicando o teste T-Student obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 39-Teste T-Student e teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Mandar sair sala aula	Equal variances assumed	,738	,392	2,126	169	,035	-,362	,170	-,697	-,026
	Equal variances not assumed			2,173	150,998	,031	-,362	,166	-,690	-,033
Relembrar regras ao aluno	Equal variances assumed	2,581	,110	,053	169	,958	,007	,124	-,239	,252
	Equal variances not assumed			,055	156,897	,956	,007	,120	-,230	,244
Dar reforços positivos imediatos quando as cumpre	Equal variances assumed	,038	,845	2,075	169	,040	,244	,118	,012	,476
	Equal variances not assumed			1,993	122,252	,048	,244	,122	,002	,486
Criticar aluno por não se saber comportar	Equal variances assumed	,477	,491	,895	169	,372	,146	,163	-,176	,469
	Equal variances not assumed			,918	152,616	,360	,146	,159	-,168	,461
Nada do que eu faça mudará sua atitude	Equal variances assumed	14,300	,000	1,673	169	,096	,204	,122	-,037	,444
	Equal variances not assumed			1,885	164,934	,061	,204	,108	-,010	,417

Para um grau de significância de 5% concluiu-se que: aceita-se a H0 de que os professores de ambas as escolas reconhecem de igual modo como estratégias positivas e/ou

negativas as opções “Relembrar as regras ao aluno”; “Criticar o aluno por não se saber comportar” e “Nada do que eu faça mudará a sua atitude”.

Quanto à opção “Mandá-lo sair da sala de aula” pudemos, desde logo, verificar que apesar de ambas as escolas considerarem esta estratégia negativa, os professores da escola 1 indicaram de uma forma incisiva que esta opção é negativa, comparativamente com os resultados obtidos pela escola 2.

De igual modo, no que respeita à opção “Dar reforços positivos imediatos, quando as cumprir”, os professores da escola 1 foram mais determinantes em considerar esta estratégia positiva, comparativamente com os professores da escola 2.

Através do teste de Levene, para averiguar a homogeneidade das variâncias, verificou-se que para as quatro opções de resposta iniciais não se rejeitou a H_0 , isto é, as variâncias das estratégias consideradas são iguais para cada uma das escolas.

Relativamente à opção de resposta “Nada do que eu faça mudará a sua atitude” aceitámos a hipótese que as variâncias desta estratégia são diferentes em cada escola, conforme se pode verificar no quadro abaixo em que na escola 2 não se obteve qualquer resposta Concordo (4) ou Concordo Totalmente (5), enquanto que na escola 1, alguns docentes responderam desta forma a esta opção.

Tabela 40-Média de resposta na pergunta 3

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Mandar sair sala de aula	1	104	1,95	1,127	,110
	2	67	2,31	1,018	,124
Relembrar regras ao aluno	1	104	4,10	,842	,083
	2	67	4,09	,712	,087
Dar reforços positivos imediatos quando as cumprir	1	104	4,42	,692	,068
	2	67	4,18	,833	,102
Criticar o aluno por não se saber comportar	1	104	2,09	1,089	,107
	2	67	1,94	,967	,118
Nada do que eu faça mudará a sua atitude	1	104	1,44	,912	,089
	2	67	1,24	,495	,060

	Nada do que eu faça mudará a sua atitude				
	1	2	3	4	5
	Count	Count	Count	Count	Count
Escola 1	81	9	9	6	1
Escola 2	53	12	2	0	0

Fazendo a comparação das respostas na pergunta 3 - **Quando o aluno com PHDA não obedece às regras da sala de aula, devo...**, concluímos que para a estratégia “Relembrar as regras ao aluno”, os docentes de ambas as escolas consideraram-na como positiva. Na estratégia “Criticar o aluno por não se saber comportar”, os professores de ambas as escolas consideraram esta estratégia pouco adequada, com médias de 2,09 (escola 1) e 1,94 (escola 2).

Na estratégia “Nada do que eu faça mudará a sua atitude”, os professores também a consideraram uma estratégia pouco adequada em ambas as escolas, com médias de 1,44 (escola1) e 1,24 (escola2).

Verificámos, também, que o intervalo de variância na escola 2 é inferior ao da escola 1, pois os docentes não responderam Concordo (4) e Concordo Totalmente (5).

Para a opção “Mandá-lo sair da sala de aula” verificou-se que os professores da escola 1 consideraram esta atitude como sendo mais negativa em comparação com a escola 2, como pudemos verificar com as médias obtidas em cada uma das escolas (escola 1- 1,95 e escola 2- 2,31).

Na opção “Dar reforços positivos imediatos quando as cumpre”, os professores da escola 1 apresentaram maior tendência para considerar esta estratégia adequada comparativamente com os professores da escola 2.

Em relação à questão 3 e ao comportamento disruptivo nela relatado, foram consideradas como estratégias de intervenção positiva, nesta situação, o relembrar as

regras ao aluno e dar-lhe reforços positivos. As restantes são vistas pelos autores como negativas ou pouco produtivas na modificação de comportamentos desadequados.

As crianças com PHDA apresentam muitas dificuldades no cumprimento de normas e regras, pois as funções executivas do cérebro não estão corretamente reguladas, pelo que a tendência é para ter um comportamento desafiante e não de obediência. (cf. Selikowitz, 2010 e Kutscher, 2011).

Não demonstram comportamentos de autorregulação e não há comportamentos inibitórios, pelo que os comportamentos que têm são desajustados a cada situação. (cf. Martins, 2008).

Muitas vezes associadas à PHDA estão outras perturbações que poderão explicar estes comportamentos desafiantes, como por exemplo, a Perturbação de Oposição e Conduta, que geralmente afeta 40% dos jovens com PHDA. (cf. Antunes, 2011 e Moura, 2006) e que se caracteriza pela dificuldade dos indivíduos em comprometer-se, ceder ou negociar com os adultos. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

A este propósito, Moura (2008) diz mesmo que as crianças com PHDA apresentam maiores probabilidades de apresentar mau comportamento escolar e desobedecer às figuras de autoridade.

Assim, as estratégias de intervenção devem passar, sobretudo, pelo controlo de comportamentos indesejados.

Mandar sair da sala de aula, apesar de ser uma estratégia considerada negativa, porque se supõe que o professor nada faz e não se preocupa com aquele aluno, pode, no entanto, ser uma maneira de autocontrolo dos comportamentos e de tentativa de melhoria dos mesmos, pois ao penalizar os comportamentos indesejados – o “custo de resposta” ou o “*time-out*”, de que falam Pinho Mendes e Pereira (2007) -, o aluno perceberá que o seu comportamento é desadequado sempre que fica nesta situação de isolamento dos seus pares.

No entanto, e como já referido anteriormente, devem evitar-se castigos e punições, como nos dizem Gomes e Ambrósio (2008).

Segundo Lopes (2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007) para evitar os comportamentos desajustados, a sala de aula deve ter uma organização planeada e previsível e as regras da sala de aula devem ser elaboradas antecipadamente.

A aplicação de programas de autocontrolo dos comportamentos passa pela utilização de um quadro de registo de bons e maus comportamentos, para se conhecer a intensidade destes e assim se prever sua modificação. (cf. Vásquez, in Bautista, 1997).

O fazer comentários positivos e elogiar quando as regras e tarefas são cumpridas ou seja “Dar reforços positivos e imediatos, quando as cumpre” são estratégias positivas de intervenção que visam a modificação de comportamentos desajustados. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008).

Também Dowdy, Patton, Smith & Pollock (1998) dizem que quando o aluno não segue as regras da sala de aula, a intervenção necessária passa por rever as regras, relembrá-las periodicamente e pedir ao aluno que reformule as regras de forma a percebê-las e cumpri-las.

As estratégias de intervenção consideradas menos positivas e que foram rejeitadas pelos docentes das duas escolas, como criticar o aluno, mandá-lo sair da sala ou simplesmente não fazer nada, em vez de ajudarem a melhorar os comportamentos terão o efeito contrário, pois afetarão a autoestima destes alunos, que habitualmente já é baixa. (cf. Antunes, 2011; Selikowitz, 2010 e Sosin e Sosin, 2006).

Das cinco estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 3, os professores identificaram todas as estratégias positivas e rejeitaram todas as negativas.

Na pergunta 4 - **Quando o aluno com PHDA tem atitudes (verbais e físicas) menos corretas devo...**, as respostas obtidas foram repartidas da seguinte forma:

Tabela 41- Resultados da pergunta 4

	Repreender aluno	Mandar sair da sala de aula com falta disciplinar	Explicar ao aluno consequênci as dos seus atos	Relembrar as regras da sala de aula	Elogiar comportame ntos adequados	Não faço nada. Ignoro suas palavras e atitudes
Valid	178	174	186	175	181	171
N Missing	15	19	7	18	12	22
Mean	3,60	2,43	4,38	4,24	4,43	1,31
Mode	4	1	5	4	5	1

Na primeira opção – “Repreendê-lo”– a resposta mais dada foi Concordo (4) com 37,6%, seguida de Concordo Totalmente (5) com 27,5%, perfazendo um total de 65,1%, revelando que os professores do ensino regular não estão dispostos a estabelecer contratos comportamentais ou estabelecer objetivos específicos para aqueles alunos e monitorizá-los de perto. Desta forma, a atitude que parece mais fácil é a de repreender.

Tabela 42-Repreender o aluno

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	19	9,8	10,7	10,7
2	20	10,4	11,2	21,9
3	23	11,9	12,9	34,8
4	67	34,7	37,6	72,5
5	49	25,4	27,5	100,0
Total	178	92,2	100,0	
Missing System	15	7,8		
Total	193	100,0		

Na segunda opção – “Mandá-lo sair da sala de aula com falta disciplinar”– a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1) com 29,9% de respostas. No entanto,

apesar da segunda resposta mais dada ter sido Não concordo nem discordo (3), se fizermos a soma das respostas Discordo (2) e Discordo Totalmente (1) obtemos 53,4% de respostas dos professores que não consideram esta estratégia positiva.

Tabela 43-Mandar sair da sala com falta disciplinar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	52	26,9	29,9	29,9
2	41	21,2	23,6	53,4
3	43	22,3	24,7	78,2
4	30	15,5	17,2	95,4
5	8	4,1	4,6	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Na terceira opção – “Explicar ao aluno as consequências dos seus atos”, a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5) com 49,5%, seguida de Concordo (4) com 41,4%, o que perfaz 90,9% das respostas, sendo esta estratégia vista como positiva pelos professores.

Tabela 44-Explicar ao aluno as consequências dos seus atos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
2	5	2,6	2,7	2,7
3	12	6,2	6,5	9,1
4	77	39,9	41,4	50,5
5	92	47,7	49,5	100,0
Total	186	96,4	100,0	
Missing System	7	3,6		
Total	193	100,0		

Na opção “Relembrar as regras da sala de aula”, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 48% seguida de Concordo Totalmente (5) com 38,9%, o que perfaz um total de 86,9% de respostas. Deste modo, constatamos que os professores consideraram esta estratégia como positiva.

Tabela 45-Relembrar as regras da sala de aula

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	2	3	1,6	1,7	1,7
	3	20	10,4	11,4	13,1
Valid	4	84	43,5	48,0	61,1
	5	68	35,2	38,9	100,0
	Total	175	90,7	100,0	
Missing	System	18	9,3		
Total		193	100,0		

Na opção “Elogiar os comportamentos adequados, sempre que os tem, para desincentivar os menos adequados”, a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5) com 53,6%, seguida de Concordo (4) com 38,1%, o que dá um total de 91,7%. Concluímos que os professores consideraram esta estratégia como positiva.

Tabela 46-Elogiar comportamentos adequados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	1	,5	,6	,6
	2	2	1,0	1,1	1,7
Valid	3	12	6,2	6,6	8,3
	4	69	35,8	38,1	46,4
	5	97	50,3	53,6	100,0
	Total	181	93,8	100,0	
Missing	System	12	6,2		
Total		193	100,0		

Na última opção – “Não faço nada. Ignoro as suas palavras e atitudes”, a resposta mais obtida foi Discordo Totalmente (1) com 80,7%, seguida de Discordo (2) com 10,5%.

Pudemos, assim, concluir que os professores reconheciam esta estratégia como sendo negativa, com um total de 91,2% de respostas.

Tabela 47-Não faço nada. Ignoro suas palavras e atitudes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	138	71,5	80,7	80,7
2	18	9,3	10,5	91,2
3	11	5,7	6,4	97,7
4	3	1,6	1,8	99,4
5	1	,5	,6	100,0
Total	171	88,6	100,0	
Missing System	22	11,4		
Total	193	100,0		

Analisando os dados obtidos em cada uma das escolas verificou-se o seguinte na pergunta 4 - **Quando o aluno com PHDA tem atitudes (verbais e físicas) menos corretas, devo...**

Tabela 48- Teste T-Student e teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Repreender aluno	Equal variances assumed	10,214	,002	-1,637	162	,104	-,334	,204	-,737	,069
	Equal variances not assumed			-1,702	155,779	,091	-,334	,196	-,722	,054
Mandar sair da sala aula com falta disciplinar	Equal variances assumed	,265	,607	-2,904	162	,004	-,553	,191	-,930	-,177
	Equal variances not assumed			-2,930	143,785	,004	-,553	,189	-,927	-,180
Explicar ao aluno as consequências dos seus atos	Equal variances assumed	2,187	,141	-,008	162	,993	-,001	,113	-,224	,222
	Equal variances not assumed			-,009	157,996	,993	-,001	,108	-,214	,212
Relembrar as regras da sala de aula	Equal variances assumed	15,447	,000	1,371	162	,172	,155	,113	-,068	,377
	Equal variances not assumed			1,463	161,540	,145	,155	,106	-,054	,363
Elogiar comportamentos adequados	Equal variances assumed	,045	,833	,820	162	,413	,091	,110	-,128	,309
	Equal variances not assumed			,811	133,874	,419	,091	,112	-,130	,312
Não faço nada. Ignoro palavras e atitudes	Equal variances assumed	4,378	,038	,941	162	,348	,099	,106	-,109	,308
	Equal variances not assumed			1,006	161,730	,316	,099	,099	-,096	,294

Fazendo a análise dos dados com o teste T-Student verificámos que para as opções “Repreendê-lo”/ “Explicar ao aluno as consequências dos seus atos” / “Relembrar as regras da sala de aula”/ Elogiar os comportamentos adequados...” e “Não faço nada...”, os professores de ambas as escolas tenderam a dar as mesmas respostas, visto que $p\text{-value} > 0,05$. Em contrapartida, para a opção “Mandá-lo sair da sala de aula...” obtivemos um $p\text{-value} = 0,004 \leq 0,05$, rejeitando-se a H_0 .

Conforme se pode verificar na tabela abaixo, os valores indicaram que na escola 1 os professores consideraram esta estratégia pouco adequada para corrigir os comportamentos dos alunos com PHDA, respondendo na sua maioria Discordo Totalmente (1) e Discordo (2), enquanto que na escola 2, a resposta mais obtida foi Não concordo nem discordo (3).

Nota-se também que, devido à dispersão de respostas na escola 2 não pudemos concluir se os professores consideravam esta estratégia adequada ou não.

Tabela 49-Análise das respostas por escola

	Mandar sair da sala de aula com falta disciplinar				
	1	2	3	4	5
	Count	Count	Count	Count	Count
Escola 1	37	35	14	16	5
Escola 2	15	6	29	14	3

Considerando a análise da homogeneidade pelo teste de Levene, observámos que nas opções “Mandá-lo sair da sala de aula...”/ “Explicar ao aluno as consequências dos seus atos”/ “Elogiar os comportamentos adequados...” as variâncias das estratégias consideradas eram iguais em cada uma das escolas (aceitou-se a H_0).

Nos quadros abaixo, pudemos verificar tendências diferentes nas respostas dos professores das duas escolas.

Tabela 50- Análise das respostas por escola

		Repreender aluno				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	14	15	16	31	33
	2	5	5	7	36	16

Na escola 1, a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5), enquanto que na escola 2 foi Concordo (4).

Tabela 51-Análise das respostas por escola

		Relembrar as regras da sala de aula			
		2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count
Escola	1	3	13	40	52
	2	0	7	44	16

Na escola 1, a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5), enquanto que na escola 2 foi Concordo (4). Na escola 2, nenhum professor respondeu Discordo (2).

Tabela 52-Análise das respostas por escola

		Não faço nada. Ignoro as suas palavras e atitudes				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	84	9	8	3	1
	2	54	9	3	0	0

Na escola 2, nenhum professor respondeu Concordo (4) ou Concordo Totalmente (5).

Tabela 53- Média de respostas na pergunta 4

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Repreender aluno	1	98	3,41	1,376	,139
	2	66	3,74	1,127	,139
Mandar sair da sala de aula com falta disciplinar	1	98	2,20	1,218	,123
	2	66	2,76	1,164	,143
Explicar ao aluno consequências dos seus atos	1	98	4,41	,771	,078
	2	66	4,41	,607	,075
Relembrar as regras da sala de aula	1	98	4,31	,792	,080
	2	66	4,15	,561	,069
Elogiar comportamentos adequados	1	98	4,47	,677	,068
	2	66	4,38	,718	,088
Não faço nada. Ignoro as suas palavras e atitudes	1	98	1,33	,743	,075
	2	66	1,23	,520	,064

Comparando os resultados obtidos entre as duas escolas concluímos que na opção “Repreendê-lo”, os professores não consideraram esta estratégia nem positiva nem negativa, apesar de na escola 2 existir uma tendência à aproximação de a considerar como positiva, com uma média de 3,74.

Na opção “Mandá-lo sair da sala de aula...”, a escola 1 tendeu a considerar esta opção como sendo negativa com uma média de 2,20, enquanto que na escola 2 a tendência foi para considerar esta estratégia nem como positiva nem como negativa, como pudemos constatar pela média (2,76).

Para as opções “Explicar ao aluno as consequências dos seus atos”/ “Relembrar as regras da sala de aula”/ “Elogiar os comportamentos adequados...” estas foram consideradas pelos professores como sendo estratégias positivas.

A última opção “Não faço nada...” foi considerada pelos professores de ambas as escolas como sendo uma estratégia negativa e que não ajudaria a melhorar os comportamentos dos alunos com PHDA.

Quando o aluno com PHDA tem atitudes verbais e físicas menos corretas podem ser justificadas pela natureza da sua perturbação pois “experimentam as consequências negativas desses comportamentos em casa, nas relações com os colegas, no rendimento escolar e têm maior propensão para acidentes e comportamentos de risco.” (cf. APCH), por isso são frequentemente apelidados pelos pais e professores de indisciplinados, malcriados e irresponsáveis.

Como nos diz Parker (2003), a conjugação da desatenção com a hiperatividade e a impulsividade faz com que haja um maior risco de comportamentos desajustados, acrescentando que estes jovens são difíceis de controlar, são teimosos, desafiantes, recusam regras e usam linguagem obscena e de calão.

Barkley (2006) e Cardo & Servera-Barceló (2005) reiteram dizendo que a PHDA se trata “de um problema generalizado de falta de autocontrolo.” (citados por Moura, 2008).

Nielsen (1997) diz que nalguns casos a PHDA resulta de um desequilíbrio de certos neurotransmissores, responsáveis pelo controlo do comportamento.

Porque à PHDA estão associadas outras comorbilidades, e a POD pode ser uma delas, segundo Pinho, Mendes e Pereira (2007) quem sofre de POD manifesta baixa autoestima e baixa tolerância à frustração e tem propensão para ofender e difamar os outros, pois como verificámos anteriormente prevê-se que 50% das crianças com PHDA sofrem também de perturbações disruptivas do comportamento. (cf. Tynan, 2003, citado por Kutscher, 2011).

Também a PC é geralmente associada à PHDA (entre 30%-50% de incidência) e caracteriza-se sobretudo pelo mau comportamento. (cf. Antunes, 2011).

Para controlar e melhorar os comportamentos indesejados torna-se necessário implementar programas de autocontrolo, nomeadamente de autoinstrução ou de autorreforço. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Também Vásquez (in Bautista, 1997) propõe programas de autocontrolo onde reforça a ideia anterior de Pinho, Mendes e Pereira (2007), em usar a autoinstrução.

Para correção dos comportamentos indesejados, os pais devem apresentar-se (em primeiro lugar e porque são os progenitores) como modelos comportamentais positivos e adequados. (cf. Vásquez, in Bautista, 1997 e Gomes e Ambrósio, 2008).

Assim, quando o aluno com PHDA tem atitudes verbais e físicas menos corretas, os professores devem “antecipar e prevenir problemas; ignorar alguns comportamentos que perderão impacto; e elogiar os comportamentos adequados.” (cf. Gomes e Ambrósio, 2008:29-31).

Dowdy, Patton, Smith & Polloway (1998) falam do estabelecimento de contratos com o aluno, de rever as regras periodicamente, em elogiar comportamentos positivos e explicar as consequências dos seus atos através do treino de competências sociais ou do “*role-play*.”

As estratégias consideradas menos positivas como repreender o aluno, mandá-lo sair da sala com falta disciplinar e não fazer nada, ignorando o que se está a passar são atitudes que os professores não devem ter, pois estes alunos têm tendência para a depressão e baixa autoestima. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Antunes (2011:157) reitera dizendo que estes alunos têm “baixa auto-estima, fraca imagem de si próprios, desmotivação para o trabalho escolar, depressão.”, pelo que ao tomar atitudes consideradas menos positivas como as referidas anteriormente, os comportamentos só terão tendência a agravar-se.

Das seis estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 4, os professores identificaram três estratégias positivas e rejeitaram duas negativas.

Em relação à pergunta 5 - **Quando o aluno com PHDA mostra ter dificuldades em controlar o tempo na realização de tarefas, devo...** obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 54- Resultados da pergunta 5

		Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive	Ensinar o aluno a manter-se focado e cumprir horários	Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas	Adequar a extensão das fichas e testes	Não faço nada. Retiro a tarefa mal acaba o tempo da aula
N	Valid	180	182	180	182	174
	Missing	13	11	13	11	19
	Mean	3,41	4,01	4,04	4,13	1,25
	Mode	4	4	4	4	1

Na primeira opção de resposta “Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive” a resposta mais dada foi Concordo (4) com 39,4%. No entanto, a segunda resposta mais dada foi Não concordo nem Discordo (3) com 29,4%, podendo concluir-se que a resposta não é indicadora de que os professores escolham esta estratégia como positiva.

Tabela 55- Colocar aluno com outro mais esperto que o incentive

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	11	5,7	6,1	6,1
	2	22	11,4	12,2	18,3
	3	53	27,5	29,4	47,8
	4	71	36,8	39,4	87,2
	5	23	11,9	12,8	100,0
	Total	180	93,3	100,0	
Missing	System	13	6,7		
Total		193	100,0		

Na segunda opção “Ensinar o aluno a manter-se focado e cumprir horários” pudemos concluir que os professores aceitaram esta estratégia como sendo válida e positiva para melhorar os comportamentos dos alunos com PHDA, visto que as respostas

Concordo (4), com 48,9% e Concordo Totalmente (5), com 29,1% revelaram esta tendência.

Tabela 56-Ensinar aluno a manter-se focado e cumprir horários

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	1,6	1,6	1,6
2	6	3,1	3,3	4,9
3	31	16,1	17,0	22,0
4	89	46,1	48,9	70,9
5	53	27,5	29,1	100,0
Total	182	94,3	100,0	
Missing System	11	5,7		
Total	193	100,0		

Na opção “Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas” verificámos, igualmente, que os professores consideram esta estratégia adequada, visto que 79,5% das respostas foram Concordo (4), com 50,6% e Concordo Totalmente (5), com 28,9%.

Tabela 57-Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	1	,5	,6	,6
2	5	2,6	2,8	3,3
3	31	16,1	17,2	20,6
4	91	47,2	50,6	71,1
5	52	26,9	28,9	100,0
Total	180	93,3	100,0	
Missing System	13	6,7		
Total	193	100,0		

Na quarta opção “Adequar a extensão das fichas e testes”, os professores também consideraram esta estratégia como adequada para intervir com alunos com PHDA com 42,3% a responderem Concordo (4) e 38,5% Concordo Totalmente (5), num total de 80,8%.

Tabela 58-Adequar extensão das fichas e testes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,0	1,1	1,1
2	7	3,6	3,8	4,9
3	26	13,5	14,3	19,2
4	77	39,9	42,3	61,5
5	70	36,3	38,5	100,0
Total	182	94,3	100,0	
Missing System	11	5,7		
Total	193	100,0		

Na última opção de resposta “Não faço nada. Retiro-lhe a tarefa, mal acaba o tempo da aula”, constatámos que os professores consideram esta estratégia como desadequada, visto que 81% Discorda Totalmente (1) e 13,2% Discorda (2). Estas respostas são indicadoras de que os professores do ensino regular preferem tomar uma atitude positiva ao invés de se manterem indiferentes.

Tabela 59-Não faço nada. Retiro tarefa mal acaba tempo da aula

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	141	73,1	81,0	81,0
2	23	11,9	13,2	94,3
3	9	4,7	5,2	99,4
4	1	,5	,6	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Em relação aos dados obtidos em cada uma das escolas, pudemos verificar o seguinte, através do teste T- Student, na pergunta 5 - **Quando o aluno com PHDA mostra ter dificuldades em controlar o tempo na realização de tarefas, devo...**

Tabela 60- Teste T-Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Colocar aluno com outro mais esperto para que este o incentive	Equal variances assumed	,258	,612	-,062	169	,951	-,011	,169	-,345	,324
	Equal variances not assumed			-,063	136,511	,950	-,011	,168	-,342	,321
Ensinar aluno a manter-se focado e cumprir horários	Equal variances assumed	7,137	,008	-,140	169	,889	-,019	,133	-,282	,244
	Equal variances not assumed			-,148	153,461	,883	-,019	,127	-,269	,231
Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas	Equal variances assumed	2,700	,102	,728	169	,468	,090	,124	-,155	,336
	Equal variances not assumed			,760	150,398	,449	,090	,119	-,145	,325
Adequar extensão das fichas e testes	Equal variances assumed	,399	,529	1,999	169	,047	,274	,137	,003	,545
	Equal variances not assumed			1,974	127,343	,051	,274	,139	-,001	,550
Não faço nada. Retiro tarefa mal acaba tempo da aula	Equal variances assumed	9,851	,002	1,799	169	,074	-,163	,091	-,342	,016
	Equal variances not assumed			1,674	104,967	,097	-,163	,097	-,356	,030

À exceção da opção “Adequar a extensão das fichas e testes”, os professores de ambas as escolas revelaram uma tendência para as mesmas respostas, isto é, aceitam a H_0 .

Para a opção que não aceitou a hipótese nula, pudemos verificar que na escola 1 a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5), enquanto que na escola 2 a resposta mais dada foi Concordo (4), o que justifica a média na escola 1 de 4,2 e na escola 2 de 3,92.

Tabela 61-Contagem de respostas da pergunta 5

	Adequar a extensão das fichas e testes				
	1	2	3	4	5
	Count	Count	Count	Count	Count
Escola 1	1	3	15	43	51
Escola 2	1	4	11	34	19

Pelo teste de Levene observámos que nas opções “Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive”/ “Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas”/ “Adequar a extensão das fichas e testes” não se rejeitou a H_0 .

Nas opções “Ensinar o aluno a manter-se focado e cumprir horários”/ “Não faço nada. Retiro-lhe a tarefa, mal acaba o tempo da aula” concluímos que as variâncias são diferentes em cada uma das escolas.

Tabela 62-Média de respostas na pergunta 5

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive	1	107	3,36	1,085	,105
	2	64	3,38	1,047	,131
Ensinar o aluno a manter-se focado e cumprir horários	1	107	3,98	,901	,087
	2	64	4,00	,735	,092
Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas	1	107	4,07	,832	,080
	2	64	3,98	,701	,088
Adequar a extensão das fichas e testes	1	107	4,20	,852	,082
	2	64	3,92	,896	,112
Não faço nada. Retiro a tarefa mal acaba o tempo da aula	1	107	1,20	,504	,049
	2	64	1,36	,675	,084

Comparando os resultados obtidos nas duas escolas pudemos concluir que para as opções “Ensinar o aluno a manter-se focado e cumprir horários”/ “Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas”, os professores de ambas as escolas consideraram estas estratégias como sendo adequadas para melhorar os comportamentos dos alunos com PHDA.

Na opção “Adequar a extensão das fichas e testes”, apesar dos professores de ambas as escolas a considerarem uma estratégia adequada, os professores da escola 1 revelaram uma maior tendência para a considerar adequada, comparativamente com os professores da escola 2.

Para a opção de resposta “Não faço nada. Retiro-lhe a tarefa, mal acaba o tempo da aula” os inquiridos de ambas as escolas consideraram-na como sendo uma estratégia desadequada para intervir com alunos com PHDA.

Finalmente, verificámos que na opção “Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive”, não pudemos aferir se os professores de ambas as escolas a consideravam uma estratégia adequada ou desadequada, apesar da resposta mais dada em cada uma das escolas ser Concordo (4). No entanto, temos um número considerável de respostas em Não concordo nem discordo (3), conforme se pode verificar na tabela abaixo.

Tabela 63-Contagem de respostas da pergunta 5

	Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive				
	1	2	3	4	5
	Count	Count	Count	Count	Count
Escola 1	7	15	31	46	14
Escola 2	4	7	22	25	9

Quando o aluno com PHDA mostra ter dificuldades em controlar o tempo na realização das atividades, este aspeto está diretamente relacionado com a sua perturbação e as características da PHDA, nomeadamente o ter “dificuldade em organizar tarefas e atividades.” (cf. Parker, 2003:9).

Mais uma vez, os autores remetem a explicação deste comportamento para o défice nas funções executivas do cérebro, pois elas são responsáveis pela falta de organização e planeamento na vida, em geral, e nas tarefas. Também a fraca noção do tempo é mais uma característica de quem tem PHDA, precisamente por haver um défice ao nível das funções executivas do cérebro, como anteriormente referido. (cf. Kutscher, 2011).

Selikowitz (2010) reitera a mesma ideia dizendo que na PHDA a função executiva da auto-organização se traduz em desorganização.

Sheryl Olson (2002, citada por Martins, 2008) diz que um dos comportamentos a observar na fase de diagnóstico da PHDA é a dificuldade em completar tarefas.

O DSM-IV-TR apresenta como critérios de diagnóstico para a PHDA, sobretudo no défice de atenção, o ter dificuldade em organizar tarefas e atividades, facilidade de distração com outros estímulos e esquecimento, muitas vezes, de atividades quotidianas.

Para que passe a haver um maior controlo do tempo na realização das atividades, ao aluno com PHDA deve ser-lhe dada a hipótese de se ajustar ao ritmo da aula, o professor deve alternar atividades mais paradas com outras mais ativas, deve reduzir e adequar a extensão de fichas e testes, estabelecer limites temporais para terminar tarefas e estabelecer reforços/prémios pela finalização das tarefas nos prazos estabelecidos. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008).

Em relação às fichas e testes, o professor poderá optar por adaptações na avaliação ou até mesmo nas atividades que irá realizar na sala de aula, usando meios alternativos como apresentações orais ou testes de resposta múltipla. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008 e Rief & Heimburge, 2000).

O professor pode também ensinar o aluno com PHDA a usar o relógio para melhor controlar o tempo ou sentá-lo numa área com poucas distrações para que o trabalho/atividade proposta seja realizada no horário estabelecido. Desta forma, o professor estará a estabelecer um contrato com o aluno e a ensiná-lo a manter-se focado nas

atividades. Também o estabelecimento de regras e de atividades rotineiras pode ser uma ajuda para cumprir horários e prazos. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008).

Dowdy, Patton, Smith & Polloway (1998), mais uma vez, sugerem que quando o aluno tem dificuldades em terminar uma tarefa deve ser sentado próximo de um colega que lhe sirva de modelo e o incentive; os trabalhos/atividades devem ser divididos em partes mais pequenas; deve-se ajudar o aluno a definir prioridades; ensiná-lo a falar consigo mesmo para se manter focado na tarefa; permitir que ele use um relógio/calendário; definir objetivos e um horário para o aluno, de forma a que ele se comprometa a cumpri-lo; usar listas de verificação das tarefas e usar tecnologias de suporte pelas quais manifeste interesse. Ignorar estes comportamentos, retirando-lhe as tarefas mal acaba o tempo da aula, produzirá o efeito contrário, isto é, será sempre desorganizado e terá dificuldades em cumprir horários e prazos.

Das cinco estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 5, os professores identificaram corretamente três estratégias positivas e identificaram uma negativa.

Na pergunta 6 - **Quando o aluno com PHDA não sabe aplicar conhecimentos anteriormente adquiridos, devo...** observámos os seguintes resultados:

Tabela 64-Resultados da pergunta 6

	Irritar e dizer que deve estudar mais	Permitir que ele consulte apontamentos sobre a matéria	Utilizar estratégias de memória/mnemónicas	Chamar mais vezes aluno ao quadro ou interrogar oralmente	Ignorar o aluno e fazer pergunta a outro	Ensinar o aluno de que deve usar caderno	Nada do que eu possa fazer...
Valid N	172	183	187	178	173	177	165
Missing	21	10	6	15	20	16	28
Mean	1,49	3,52	4,19	3,72	1,40	4,20	1,23
Mode	1	4	4	4	1	4	1

Na primeira opção “Irritar-me e dizer-lhe que deve estudar mais” a maioria dos professores respondeu Discordo Totalmente (1), com 67,4%, seguido de Discordo (2) com

18%. Deste modo, concluímos que os professores de ambas as escolas consideram esta estratégia negativa.

Tabela 65-Irritar-me e dizer que deve estudar mais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	116	60,1	67,4	67,4
2	31	16,1	18,0	85,5
Valid 3	21	10,9	12,2	97,7
4	4	2,1	2,3	100,0
Total	172	89,1	100,0	
Missing System	21	10,9		
Total	193	100,0		

Na opção “Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria” a resposta mais dada foi Concordo (4), com 39,9; no entanto, a segunda resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3), com 20,8%. Nesta opção não pudemos concluir se os professores a consideravam adequada ou não, apesar de haver uma ligeira tendência para a considerar adequada para intervir junto de alunos com PHDA.

Tabela 66-Permitir que ele consulte os apontamentos sobre matéria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	10	5,2	5,5	5,5
2	27	14,0	14,8	20,2
Valid 3	38	19,7	20,8	41,0
4	73	37,8	39,9	80,9
5	35	18,1	19,1	100,0
Total	183	94,8	100,0	
Missing System	10	5,2		
Total	193	100,0		

Nesta opção “Utilizar estratégias de memória e mnemónicas para o ajudar a não esquecer” a resposta mais dada foi Concordo (4) com 49,2%, seguida da resposta Concordo Totalmente (5) com 37,4%, perfazendo um total de 86,6%. Assim, pudemos concluir que os professores reconhecem que esta estratégia é adequada.

Tabela 67-Utilizar estratégias de memória e mnemónicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	1,0	1,1	1,1
	2	5	2,6	2,7	3,7
	3	18	9,3	9,6	13,4
	4	92	47,7	49,2	62,6
	5	70	36,3	37,4	100,0
	Total	187	96,9	100,0	
Missing	System	6	3,1		
Total		193	100,0		

Na opção de resposta “Chamar mais vezes o aluno ao quadro ou interrogá-lo oralmente, para ele não esquecer a matéria” a resposta mais dada foi Concordo (4), com metade das repostas, seguida de Não concordo nem discordo (3), com 25,3%. Apesar da média ser de 3,72, verificámos uma tendência dos professores para considerarem esta estratégia como positiva.

Tabela 68-Chamar mais vezes aluno ao quadro ou interrogar oralmente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	1,6	1,7	1,7
	2	12	6,2	6,7	8,4
	3	45	23,3	25,3	33,7
	4	89	46,1	50,0	83,7
	5	29	15,0	16,3	100,0
	Total	178	92,2	100,0	
Missing	System	15	7,8		
Total		193	100,0		

Na quinta opção “Ignorar o aluno e fazer a pergunta a outro” a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1) com 71,1%, seguida de Discordo (2) com 20,8%. Pudemos, então, concluir que os professores desaprovavam esta estratégia.

Tabela 69-Ignorar aluno e faço a pergunta a outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	123	63,7	71,1	71,1
	2	36	18,7	20,8	91,9
	3	11	5,7	6,4	98,3
	4	1	,5	,6	98,8
	5	2	1,0	1,2	100,0
	Total	173	89,6	100,0	
Missing	System	20	10,4		
Total		193	100,0		

Na sexta opção “Ensinar o aluno de que deve usar um caderno para tirar apontamentos e usar palavras-chave para mais fácil memorização”, as respostas mais dadas foram Concordo (4) com 44,6% Concordo Totalmente (5) com 40,1%. Concluimos que os professores consideraram esta estratégia positiva para intervir junto de alunos com PHDA.

Tabela 70-Ensinar o aluno de que deve usar caderno

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	,5	,6	,6
	2	6	3,1	3,4	4,0
	3	20	10,4	11,3	15,3
	4	79	40,9	44,6	59,9
	5	71	36,8	40,1	100,0
	Total	177	91,7	100,0	
Missing	System	16	8,3		
Total		193	100,0		

Na última opção “Nada do que eu possa fazer poderá melhorar a sua situação” a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1) com 82,4% de respostas e 12,1% responderam Discordo (2). Deste modo, concluimos que os professores rejeitam esta estratégia.

Tabela 71- Nada do que eu possa fazer poderá melhorar sua situação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	136	70,5	82,4	82,4
Valid 2	20	10,4	12,1	94,5
3	9	4,7	5,5	100,0
Total	165	85,5	100,0	
Missing System	28	14,5		
Total	193	100,0		

Tabela 72- Teste T-Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Irritar-me e dizer que deve estudar mais	Equal variances assumed	,038	,845	-	160	,232	-,155	,129	-,410	,100
	Equal variances not assumed			1,199	145,013				-,405	,095
Permitir que consulte apontamentos sobre matéria	Equal variances assumed	,961	,328	2,396	160	,018	,430	,179	,075	,784
	Equal variances not assumed			2,451	144,800				,083	,776
Utilizar estratégias de memória e mnemónicas	Equal variances assumed	2,508	,115	1,423	160	,157	,183	,129	-,071	,437
	Equal variances not assumed			1,402	127,781				-,075	,441
Chamar mais vezes aluno ao quadro ou interrogar oralmente	Equal variances assumed	6,881	,010	-	160	,261	-,155	,137	-,426	,116
	Equal variances not assumed			1,127	152,284				-,414	,105
Ignorar aluno faço a pergunta a outro	Equal variances assumed	3,730	,055	,442	160	,659	,054	,121	-,186	,293
	Equal variances not assumed			,483	159,930				-,165	,272
Ensinar aluno que deve usar caderno	Equal variances assumed	10,787	,001	1,099	160	,273	,135	,123	-,107	,377
	Equal variances not assumed			1,174	158,204				-,092	,362
Nada que possa fazer poderá melhorar sua situação	Equal variances assumed	,032	,858	-,412	160	,681	-,036	,087	-,207	,135
	Equal variances not assumed			-,430	152,265				-,200	,128

Comparativamente, pudemos observar se os professores de ambas as escolas atribuem a mesma importância às estratégias de intervenção positivas na pergunta 6 - **Quando o aluno com PHDA não sabe aplicar conhecimentos anteriormente adquiridos, devo...**, através do teste T-Student.

Assim, para as opções “Irritar-me e dizer-lhe que deve estudar mais” / “Utilizar estratégias de memória e mnemónicas para o ajudar a não esquecer” / “Chamar mais vezes o aluno ao quadro ou interrogá-lo oralmente, para ele não esquecer a matéria” / “Ignorar o aluno e fazer a pergunta a outro” / “Ensinar o aluno de que deve usar um caderno para tirar apontamentos e usar palavras-chave para mais fácil memorização” / “Nada do que eu possa fazer poderá melhorar a sua situação” pudemos concluir que os professores de ambas as escolas atribuíram igual importância à utilização destas estratégias.

Para a opção “Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria” pudemos verificar que na escola 1 existia uma maior tendência para considerar esta estratégia como adequada para intervir com alunos com PHDA comparativamente com a escola 2, como se pode ver no quadro abaixo.

Tabela 73-Contagem de respostas na pergunta 6

		Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	6	14	21	43	29
	2	4	13	17	30	6

Com o teste de Levene pudemos concluir que para as opções “Chamar mais vezes o aluno ao quadro ou interrogá-lo oralmente, para ele não esquecer a matéria” / “Ensinar o aluno de que deve usar um caderno para tirar apontamentos e usar palavras-chave para mais fácil memorização” não se verificou a homogeneidade das variâncias.

Tabela 74- Média de respostas na pergunta 6

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Irritar e dizer que deve estudar mais	1	98	1,44	,838	,085
	2	64	1,59	,750	,094
Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria	1	98	3,63	1,161	,117
	2	64	3,20	1,042	,130
Utilizar estratégias de memória e mnemónicas	1	98	4,21	,777	,078
	2	64	4,03	,835	,104
Chamar mais vezes aluno ao quadro ou interrogar oralmente	1	98	3,67	,917	,093
	2	64	3,83	,747	,093
Ignorar o aluno e faço a pergunta a outro	1	98	1,43	,862	,087
	2	64	1,38	,549	,069
Ensinar o aluno de que deve usar caderno	1	98	4,28	,847	,086
	2	64	4,14	,614	,077
Nada do que eu possa fazer poderá melhorar a sua situação	1	98	1,21	,579	,058
	2	64	1,25	,471	,059

Comparando os resultados das duas escolas, concluímos que as opções “Irritar-me e dizer-lhe que deve estudar mais”/ “Ignorar o aluno e fazer a pergunta a outro” /“Nada do que eu possa fazer poderá melhorar a sua situação” foram rejeitadas por parte dos professores de ambas as escolas.

As opções “Utilizar estratégias de memória e mnemónicas para o ajudar a não esquecer” /“Ensinar o aluno de que deve usar um caderno para tirar apontamentos e usar palavras-chave para mais fácil memorização” foram consideradas positivas por parte dos professores de ambas as escolas.

Na opção “Chamar mais vezes o aluno ao quadro ou interrogá-lo oralmente, para ele não esquecer a matéria” apesar de uma parte da amostra não considerar a estratégia como sendo positiva ou negativa, com 25,3% de respostas, os resultados revelaram uma tendência para considerar esta estratégia como adequada por parte dos professores de ambas as escolas.

Finalmente, para a opção “Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria” verifica-se que na escola 1 existe uma ligeira tendência para considerar esta estratégia adequada com uma média de 3,63, enquanto que na escola 2 a tendência é para não considerar esta estratégia positiva ou negativa, com média de 3,2.

O facto do aluno não saber aplicar conhecimentos anteriormente adquiridos remete para o esquecimento frequente de atividades diárias, apresentado como critério de diagnóstico no DSM-IV-TR e por Parker (2003).

A sua falta de memorização deve-se à incapacidade de guardar estratégias anteriores por haver um défice nas funções executivas do cérebro, como já referido anteriormente. (cf. Kutscher, 2011).

As estratégias positivas a usar para ajudar o aluno com PHDA a recordar a matéria passam por ensinar o aluno a organizar conceitos-chave; relacionar a matéria nova com a já aprendida; interrogar o aluno oralmente e fazer provas de avaliação orais. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008). Apostar nas áreas fortes do aluno, realizando tarefas que lhe despertem o interesse ou a utilização de um código de cores na organização do caderno diário; entregar a matéria de uma aula em fotocópia; fazer perguntas orais; ensinar mnemónicas, entre outras, são as estratégias sugeridas por Rief & Heimburge (2000).

Todas estas estratégias são consideradas positivas e quando aplicadas traduzem-se em sucesso, i.e., conseguem reduzir-se comportamentos indesejáveis. Também consideradas estratégias positivas são a utilização de tecnologia de suporte (calculadora e computador, por exemplo); usar estratégias de memória; criar oportunidades práticas e permitir consultar os apontamentos. (cf. Dowdy, Patton, Smith & Polloway, 1998).

Por outro lado, irritar-se com o aluno e dizer-lhe que deve estudar mais, ignorá-lo e fazer a pergunta a outro ou simplesmente não fazer nada são atitudes negativas, pois os jovens com PHDA apresentam uma baixa autoestima e protelam muitas vezes as atividades ou a sua participação na aula por terem elevados níveis de frustração. (cf. Sosin e Sosin, 2006 e Selikowitz, 2010).

Na realidade, o problema do aluno com PHDA não é o de um QI baixo, mas o facto de a sua perturbação ser do foro neurobiológico (cf. Sosin e Sosin, 2006) e de um desequilíbrio dos neurotransmissores. (cf. Fonseca, 1998, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007 e Kutscher, 2011).

Das sete estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 6, os professores identificaram corretamente todas as estratégias positivas e negativas.

Em relação à pergunta 7- **Quando o aluno com PHDA faz os trabalhos/ tarefas muito depressa e de forma descuidada, devo...** pudemos observar os seguintes resultados:

Tabela 75- Resultados da pergunta 7

	Dar uma tarefa diferente para o estimular	Repreender porque não tem emenda	Optar por sentar ao lado de um colega que o incentive	Monitorizar aluno para controlar/ verificar qualidade do trabalho	Não faço nada
Valid	181	173	178	184	172
N Missing	12	20	15	9	21
Mean	3,47	1,51	3,58	4,10	1,23
Mode	4	1	4	4	1

Na primeira opção “Dar-lhe uma tarefa diferente para o estimular” a resposta mais dada foi Concordo (4) com 38,1%; no entanto, a segunda resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 22,7%. A média de respostas para esta pergunta é de 3,47 o que não nos permite concluir se os professores consideraram esta estratégia adequada ou não para intervir junto de alunos com PHDA.

Tabela 76-Dar uma tarefa diferente para o estimular

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	12	6,2	6,6	6,6
2	26	13,5	14,4	21,0
3	41	21,2	22,7	43,6
4	69	35,8	38,1	81,8
5	33	17,1	18,2	100,0
Total	181	93,8	100,0	
Missing System	12	6,2		
Total	193	100,0		

Na segunda opção “Repreendê-lo, porque não tem emenda. É um trapalhão”, a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1) com 64,2% seguida de Discordo (2) com 23,7%, o que nos permitiu concluir que os professores consideraram esta estratégia como desadequada para intervir com alunos com PHDA.

Tabela 77-Repreender porque não tem emenda

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	111	57,5	64,2	64,2
2	41	21,2	23,7	87,9
3	16	8,3	9,2	97,1
4	5	2,6	2,9	100,0
Total	173	89,6	100,0	
Missing System	20	10,4		
Total	193	100,0		

Na terceira opção “Optar por sentá-lo ao lado de um colega que o incentive”, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 53,4%; no entanto, a segunda resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 23%. A média de respostas é de 3,58 o que não nos permitiu concluir se os professores consideram esta estratégia como positiva ou negativa.

Tabela 78-Optar por sentar ao lado de um colega que o incentive

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	6	3,1	3,4	3,4
2	17	8,8	9,6	12,9
3	41	21,2	23,0	36,0
4	95	49,2	53,4	89,3
5	19	9,8	10,7	100,0
Total	178	92,2	100,0	
Missing System	15	7,8		
Total	193	100,0		

Na opção “Monitorizar o aluno, para o controlar e verificar a qualidade do seu trabalho” a resposta mais dada foi Concordo (4) com 54,9% das respostas, seguida de Concordo Totalmente (5) com 30,4%, o que nos permitiu concluir que os professores consideraram esta estratégia como adequada para intervir junto de alunos com PHDA.

Tabela 79-Monitorizar aluno para controlar verificar qualidade trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,0	1,1	1,1
2	7	3,6	3,8	4,9
3	18	9,3	9,8	14,7
4	101	52,3	54,9	69,6
5	56	29,0	30,4	100,0
Total	184	95,3	100,0	
Missing System	9	4,7		
Total	193	100,0		

Na última opção “Não faço nada”, 94,2% dos inquiridos respondeu Discordo Totalmente (1) ou Discordo (2) o que permitiu considerar esta estratégia como desadequada para intervir junto de alunos com PHDA.

Tabela 80-Não faço nada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	144	74,6	83,7	83,7
	2	18	9,3	10,5	94,2
Valid	3	9	4,7	5,2	99,4
	4	1	,5	,6	100,0
	Total	172	89,1	100,0	
Missing	System	21	10,9		
Total		193	100,0		

Tabela 81- Teste T-Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Dar uma tarefa diferente para estimular	Equal variances assumed	,838	,361	1,825	168	,070	,326	,179	-,027	,679
	Equal variances not assumed			1,862	147,374	,065	,326	,175	-,020	,673
Repreender porque não tem emenda	Equal variances assumed	8,750	,004	3,344	168	,001	-,402	,120	-,639	-,165
	Equal variances not assumed			3,162	113,703	,002	-,402	,127	-,654	-,150
Optar por sentar ao lado colega que incentive	Equal variances assumed	3,588	,060	,074	168	,941	,011	,146	-,278	,300
	Equal variances not assumed			,078	163,218	,938	,011	,137	-,261	,282
Monitorizar aluno para controlar/verificar qualidade trabalho	Equal variances assumed	4,177	,043	,599	168	,550	,075	,126	-,173	,324
	Equal variances not assumed			,620	153,888	,536	,075	,122	-,165	,316
Não faço nada	Equal variances assumed	,180	,672	-,516	168	,606	-,046	,089	-,222	,130
	Equal variances not assumed			-,537	155,271	,592	-,046	,086	-,216	,123

Verificámos que para todas as opções à exceção de “Repreendê-lo, porque não tem emenda. É um trapalhão”, os professores de ambas as escolas revelaram a mesma tendência de resposta. Nesta opção, escola 1 revelou uma tendência maior para considerar a estratégia como sendo desadequada comparativamente com a escola 2.

Tabela 82-Contagem de respostas na pergunta 7

	Repreender_porque_nao_tem_emenda			
	1	2	3	4
	Count	Count	Count	Count
Escola 1	79	19	6	2
Escola 2	32	22	10	3

Tabela 83- Média de respostas na pergunta 7

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Dar uma tarefa diferente para o estimular	1	104	3,54	1,174	,115
	2	66	3,21	1,074	,132
Repreender porque não tem emenda	1	104	1,36	,681	,067
	2	66	1,76	,878	,108
Optar por sentar ao lado de um colega que o incentive	1	104	3,59	1,020	,100
	2	66	3,58	,766	,094
Monitorizar aluno para controlar	1	104	4,11	,847	,083
verificar qualidade trabalho	2	66	4,03	,723	,089
Não faço nada	1	104	1,21	,602	,059
	2	66	1,26	,506	,062

Para as opções “Repreendê-lo, porque não tem emenda. É um trapalhão”/ “Não faço nada”, os professores consideraram estas estratégias como desadequadas.

Na opção “Monitorizar o aluno, para o controlar e verificar a qualidade do seu trabalho” os professores aceitaram esta estratégia como adequada para intervir com alunos com PHDA que revelem este comportamento.

Nas opções “Dar-lhe uma tarefa diferente para o estimular” /“Optar por sentá-lo ao lado de um colega que o incentive” não pudemos concluir nada sobre se os professores

consideravam estas estratégias adequadas ou não. No entanto, verificou-se uma ligeira tendência na escola 1 para considerar estas estratégias como mais adequadas.

Uma característica apresentada como sintoma para diagnóstico da PHDA no DSM-IV-TR é “frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras, apontando precisamente para o facto do aluno com PHDA realizar as tarefas muito depressa e de forma descuidada. Parker (2003) reitera a mesma opinião.

A rapidez com que fazem os trabalhos indicia a dificuldade que têm em concentrar-se por longos períodos de tempo ou organizar o tempo e as atividades. (cf. Antunes, 2011).

As dificuldades adaptativas são muitas e manifestam-se em variados contextos (escola e casa) resultando em comportamentos desadequados a nível motor e cognitivo, pois parecem não saber qual o comportamento ajustado. (cf. Martins, 2008).

Gomes e Ambrósio (2008) sugerem como estratégias positivas o ajustar de atividades paradas com outras mais ativas para o estimular.

Já Dowdy, Patton, Smith & Polloway (1998) sugerem que o aluno utilize listas de verificação para autocorreção do seu trabalho; sentá-lo próximo de um colega mais aplicado e monitorizar periodicamente a realização dos trabalhos e reduzir ou dividir as tarefas para o estimular e para que sinta que as vai cumprindo.

As atitudes como repreender ou não fazer nada são consideradas como negativas, pois grande parte dos comportamentos desadequados recebe uma resposta negativa, o que compromete o crescimento social e emocional do aluno com PHDA. Torna-se, por isso, necessário o elogio, a promoção da autodisciplina e o envolvimento dos alunos em atividades de aprendizagem. (cf. Nielsen, 1997).

Das cinco estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 7, os professores identificaram corretamente uma estratégia positivas e duas negativas.

Na pergunta 8 - **Quando o aluno com PHDA parece não ouvir o que lhe está a ser dito, devo...** pudemos observar os seguintes resultados:

Tabela 84- Resultados da pergunta 8

	Repreendê-lo	Ser compreensivo e repetir matéria	Sentar mais à frente	Falar num tom de voz mais elevado	Entregar por escrito tudo o que é dito na aula	Deslocar-me mais pela sala para manter visibilidade	Ignorar
Valid N	174	179	180	174	176	185	173
Missing	19	14	13	19	17	8	20
Mean	2,47	3,56	4,04	2,59	2,68	4,03	1,24
Mode	2	4	4	3	3	4	1

Na primeira opção “Repreendê-lo”, a resposta mais dada foi Discordo (2) com 29,3% seguida de Discordo Totalmente (1) com 27%. Como a média desta opção é 2,47, verificámos a existência de uma ligeira tendência para considerar esta estratégia como sendo menos adequada.

Tabela 85-Repreendê-lo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	47	24,4	27,0	27,0
2	51	26,4	29,3	56,3
3	28	14,5	16,1	72,4
4	43	22,3	24,7	97,1
5	5	2,6	2,9	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Na segunda opção “Ser compreensiva/o e repetir a matéria”, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 46,4%; no entanto, a segunda resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 29,1%. Como a média é de 3,56, verificou-se uma ligeira tendência para a assunção desta estratégia como positiva.

Tabela 86-Ser compreensivo e repetir a matéria

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	2,1	2,2	2,2
2	18	9,3	10,1	12,3
3	52	26,9	29,1	41,3
4	83	43,0	46,4	87,7
5	22	11,4	12,3	100,0
Total	179	92,7	100,0	
Missing System	14	7,3		
Total	193	100,0		

Na terceira opção “Sentá-lo mais à frente” a resposta mais dada foi Concordo (4) com 47,2%, seguida de Concordo Totalmente (5) com 31,7%. A média para esta opção de resposta é de 4,04. Concluimos que esta estratégia era considerada como adequada pelos professores.

Tabela 87-Sentar mais à frente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	4	2,1	2,2	2,2
2	4	2,1	2,2	4,4
3	30	15,5	16,7	21,1
4	85	44,0	47,2	68,3
5	57	29,5	31,7	100,0
Total	180	93,3	100,0	
Missing System	13	6,7		
Total	193	100,0		

Na opção “Falar num tom de voz mais elevado” a resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 32,2% seguida Discordo com 23,6%, pelo que se pode concluir que os professores do ensino regular não têm uma opinião formada sobre a eficácia desta estratégia.

Tabela 88-Falar num tom de voz mais elevado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	38	19,7	21,8	21,8
2	41	21,2	23,6	45,4
3	56	29,0	32,2	77,6
4	32	16,6	18,4	96,0
5	7	3,6	4,0	100,0
Total	174	90,2	100,0	
Missing System	19	9,8		
Total	193	100,0		

Na quinta opção “Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula, para que ele acompanhe a matéria e não se distraia”, a resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 32,4%, seguida por Discordo (2) com 22,7%, pelo que pudemos concluir que os professores do ensino regular não têm uma opinião formada sobre a possibilidade de entregar a matéria dada em folhas escritas, para ajudar estes alunos.

Tabela 89-Entregar por escrito tudo o que é dito na aula

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	37	19,2	21,0	21,0
2	40	20,7	22,7	43,8
3	57	29,5	32,4	76,1
4	27	14,0	15,3	91,5
5	15	7,8	8,5	100,0
Total	176	91,2	100,0	
Missing System	17	8,8		
Total	193	100,0		

Na sexta opção “Deslocar-me mais pela sala de aula para manter a visibilidade”, a resposta mais dada foi Concordo (4) com 48,1%, seguida de Concordo Totalmente (5) com 29,7%. Como a média é de 4,03 pudemos concluir que os professores consideraram esta estratégia como adequada.

Tabela 90-Deslocar-me mais pela sala de aula para manter visibilidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	1	,5	,5	,5
	2	6	3,1	3,2	3,8
Valid	3	34	17,6	18,4	22,2
	4	89	46,1	48,1	70,3
	5	55	28,5	29,7	100,0
	Total	185	95,9	100,0	
Missing	System	8	4,1		
Total		193	100,0		

Na opção “Ignoro-o”, a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1), com 82,7% seguida de Discordo (2) com 13,3%, o que totaliza 96% das respostas. Assim, concluímos que os professores rejeitaram esta estratégia como forma de intervenção na PHDA.

Tabela 91-Ignorar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	143	74,1	82,7	82,7
	2	23	11,9	13,3	96,0
Valid	3	5	2,6	2,9	98,8
	5	2	1,0	1,2	100,0
	Total	173	89,6	100,0	
Missing	System	20	10,4		
Total		193	100,0		

Comparando os resultados obtidos entre as duas escolas através do teste T-Student para a pergunta 8 - **Quando o aluno com PHDA parece não ouvir o que lhe está a ser dito, devo...**”concluímos o seguinte:

Tabela 92-Teste T-Student e Teste de Levene

		Levene's Test for		t-test for Equality of Means						
		Equality of Variances		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.						Lower	Upper
Repreender	Equal variances assumed	,052	,821	-3,507	168	,001	-,642	,183	-1,004	-,281
	Equal variances not assumed			-3,554	144,520	,001	-,642	,181	-1,000	-,285
Ser compreensivo repetir matéria	Equal variances assumed	,430	,513	1,670	168	,097	,237	,142	-,043	,516
	Equal variances not assumed			1,713	149,839	,089	,237	,138	-,036	,509
Sentar mais frente	Equal variances assumed	12,868	,000	,597	168	,551	,082	,138	-,190	,355
	Equal variances not assumed			,643	166,038	,521	,082	,128	-,171	,335
Falar num tom voz mais elevado	Equal variances assumed	3,554	,061	-2,485	168	,014	-,441	,177	-,791	-,091
	Equal variances not assumed			-2,535	147,345	,012	-,441	,174	-,784	-,097
Entregar por escrito que é dito na aula	Equal variances assumed	,003	,956	2,084	168	,039	,381	,183	,020	,742
	Equal variances not assumed			2,102	142,429	,037	,381	,181	,023	,739
Deslocar-me mais pela sala aula para manter visibilidade	Equal variances assumed	,226	,635	1,622	168	,107	,208	,128	-,045	,461
	Equal variances not assumed			1,636	142,417	,104	,208	,127	-,043	,459
Ignorar	Equal variances assumed	,805	,371	-,628	168	,531	-,061	,097	-,254	,131
	Equal variances not assumed			-,618	131,324	,538	-,061	,099	-,257	,135

Para as opções “Ser compreensiva/o e repetir a matéria”/“Sentá-lo mais à frente”/“Deslocar-me mais pela sala de aula para manter a visibilidade”/“Ignoro-o”, aceitámos a

H0, ou seja, os professores de ambas as escolas atribuem a mesma importância às diferentes estratégias de intervenção.

Relativamente à opção “Repreendê-lo”, constatámos que na escola 1 a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1), enquanto que na escola 2, a resposta mais dada foi Concordo (4), verificando claramente uma tendência diferente entre as duas escolas, sendo que na escola 1 existia de forma evidente um sentimento de rejeição perante esta estratégia.

Tabela 93-Contagem de respostas na pergunta 8

		Repreendê-lo				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	38	33	15	18	4
	2	9	18	13	25	1

Em relação à opção “Falar num tom de voz mais elevado” verificámos que a maioria das respostas na escola 1 estava repartida de forma igualitária entre o Discordo Totalmente (1) e o Não concordo nem discordo (3), enquanto que na escola 2, a tendência de respostas foi Não concordo nem discordo (3). Apesar de não podermos afirmar que existia uma tendência nesta opção de forma evidente, constatámos que na escola 1 havia uma ligeira tendência para considerar esta estratégia desadequada, comparativamente à escola 2.

Tabela 94-Contagem de respostas na pergunta 8

		Falar num tom de voz mais elevado				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	31	24	31	18	3
	2	7	17	25	14	4

Na resposta “Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula, para que ele acompanhe a matéria e não se distraia”, a resposta mais dada na escola 1 foi Não concordo nem discordo (3) e na escola 2 também, havendo uma grande dispersão de resultados, pelo

que não pudemos concluir se os professores de ambas as escolas consideram ou não esta estratégia positiva. Apesar disso, verificou-se uma tendência relativa na escola 2 para discordar desta estratégia.

Tabela 95-Contagem de respostas na pergunta 8

		Entregar por escrito tudo o que é dito na aula				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	19	22	37	20	12
	2	18	18	20	7	3

Pelo teste de Levene concluímos que para as opções “Repreendê-lo”/ “Ser compreensiva/o e repetir a matéria”/ “Falar num tom de voz mais elevado”/ “Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula, para que ele acompanhe a matéria e não se distraia”/ “Deslocar-me mais pela sala de aula para manter a visibilidade”/“Ignoro-o” aceitou-se a H_0 , em que as variâncias de cada opção eram iguais em cada uma das escolas.

Para a opção “Sentá-lo mais à frente” verificou-se que na escola 2 as respostas estavam concentradas em Concordo (4); na escola 1, as respostas estavam concentradas em Concordo Totalmente (5) e Concordo (4). Constatou-se, ainda, que na escola 2 praticamente não houve respostas negativas a esta estratégia, conforme se pode verificar no quadro abaixo.

Tabela 96-Contagem de respostas na pergunta 8

		Sentá-lo mais à frente				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	3	4	20	42	44
	2	1	0	10	43	13

Tabela 97- Média de respostas na pergunta 8

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Repreendê-lo	1	104	2,22	1,190	,117
	2	66	2,86	1,122	,138
Ser compreensivo e repetir a matéria	1	104	3,62	,938	,092
	2	66	3,38	,837	,103
Sentá-lo mais à frente	1	104	4,07	,978	,096
	2	66	3,98	,690	,085
Falar num tom de voz mais elevado	1	104	2,42	1,163	,114
	2	66	2,86	1,065	,131
Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula	1	104	2,76	1,178	,116
	2	66	2,38	1,134	,140
Deslocar-me mais pela sala de aula para manter a visibilidade	1	104	4,09	,826	,081
	2	66	3,88	,795	,098
Ignorar	1	104	1,21	,602	,059
	2	66	1,27	,646	,079

Na estratégia “Repreendê-lo” nada se pôde concluir sobre a tendência da escola 2. No entanto, na escola 1 verificou-se uma ligeira tendência para considerar esta estratégia como negativa.

Na opção “Ser compreensiva/o e repetir a matéria” também não pudemos concluir acerca da tendência de resposta na escola 2 (média 3,38), mas verificou-se uma ligeira tendência na escola 1 para considerar esta estratégia como adequada para intervir, com média de 3,62.

Na opção “Sentá-lo mais à frente”, a tendência de respostas dos professores das duas escolas foi considerar esta estratégia como adequada.

Na opção “Falar num tom de voz mais elevado” nada se pôde concluir na escola 2, enquanto que na escola 1 se evidenciou uma ligeira tendência para rejeitar esta estratégia para intervir.

Na opção “Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula, para que ele acompanhe a matéria e não se distraia” verificou-se uma ligeira tendência para rejeitar esta estratégia na escola 2. Por outro lado, na escola 1 não foi possível concluir nada.

Na opção “Deslocar-me mais pela sala de aula para manter a visibilidade” constatou-se uma tendência para considerar esta estratégia como adequada em ambas as escolas, com uma média de 4,09 na escola 1 e 3,88 na escola 2.

Na opção “Ignoro-o” em ambas as escolas rejeitou-se esta estratégia.

O aluno com PHDA parece muitas vezes estar “nas nuvens” ou “sempre ausente”, característica principal do subtipo desatento (Selikowitz, 2010), por isso, “com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.” (cf. DSM-IV-TR e Parker, 2003).

Na verdade, há uma grande incidência de indivíduos (80%) com défice de atenção, que também são hiperativos. (cf. University of California Office of the President, 1996, citado por Nielsen, 1997).

Deste défice de atenção, característico no subtipo desatento e no subtipo combinado, resultam as dificuldades de concentração e dificuldades para focar a atenção no que é importante, originando dificuldades de aprendizagem. (cf. Barkley, citado por Lopes, 2004, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007; cf. Olson, 2002, citada por Martins, 2008).

De forma a favorecer a atenção/ concentração do aluno com PHDA, este deve ser implicado no processo de ensino-aprendizagem, participando de forma ativa, fazendo-se a adaptação dos conteúdos e utilizando-se tecnologias de suporte (por exemplo, o computador). (cf. Rodrigues, 2008).

O aluno deve ser colocado junto do professor e este deve deslocar-se mais pela sala de forma a monitorizar o comportamento e o trabalho do aluno. (cf. Lopes, 2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

O professor deve, também, fazer revisões das aulas, repetindo a matéria e acompanhar as instruções orais com o suporte escrito, entregando a matéria a ser dada por escrito. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008).

O professor deve permitir que o aluno grave as aulas; deve interrogá-lo oralmente, para verificar se apreendeu a matéria e combinar com o aluno um sinal para o alertar quando ele parece não estar a ouvir o que está a ser dito; deve deslocar-se pela sala de aula, para manter a visibilidade e monitorizar o trabalho do aluno com mais frequência. (cf. Dowdy, Patton, Smith & Pollock, 1998).

Repreender ou ignorar o aluno, ou até mesmo falar num tom mais elevado não são atitudes corretas, pois como nos dizem Sosin e Sosin (2006:100) “o jovem passa por cada vez mais frustrações com o trabalho da escola e (...) as repreensões frequentes dos adultos, e os comentários de uma maneira geral negativos (...)”, originando-se sentimentos de baixa autoestima e frustração, atitudes depressivas e sentimentos de tristeza, sendo estes uma das comorbilidades associadas à PHDA. (cf. Antunes, 2011 e Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Das sete estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 8, os professores identificaram corretamente três estratégias positivas e duas negativas.

Relativamente à pergunta 9- **Quando o aluno com PHDA não traz o material escolar e o manual, alegando que os perdeu, devo...** pudemos observar os seguintes resultados:

Tabela 98- Resultados da pergunta 9

	Ser compreensivo e deixá-lo juntar-se a um colega	Repreendê-lo e marcar falta de material	Pedir aos colegas da turma para emprestarem o material em falta	Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes
N Valid	184	180	183	175
Missing	9	13	10	18
Mean	3,23	2,77	3,12	1,34
Mode	4	2	4	1

A resposta mais dada na primeira opção “Ser compreensiva/o e deixá-lo juntar-se a um colega” foi Concordo (4) com 37,5% de respostas, seguida das respostas Discordo (2) e Não concordo nem discordo (3), com 20,1% cada uma. A média nesta opção foi de 3,23, o que não nos permitiu concluir uma tendência clara de resposta.

Tabela 99-Ser compreensivo e deixá-lo juntar-se a um colega

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	18	9,3	9,8	9,8
2	37	19,2	20,1	29,9
3	37	19,2	20,1	50,0
4	69	35,8	37,5	87,5
5	23	11,9	12,5	100,0
Total	184	95,3	100,0	
Missing System	9	4,7		
Total	193	100,0		

Na segunda opção “Repreendê-lo e marcar-lhe a falta de material”, a resposta mais dada foi Discordo (2) com 26,7% seguida de Concordo (4) com 25,6%. A média desta resposta foi de 2,77, pelo que não pudemos concluir uma tendência para considerar estar estratégia adequada ou não por parte dos professores.

Tabela 100-Repreender e marcar falta de material

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	33	17,1	18,3	18,3
2	48	24,9	26,7	45,0
3	40	20,7	22,2	67,2
4	46	23,8	25,6	92,8
5	13	6,7	7,2	100,0
Total	180	93,3	100,0	
Missing System	13	6,7		
Total	193	100,0		

Na terceira opção “Pedir aos colegas da turma para lhe emprestarem o material em falta” a resposta mais dada foi Concordo (4) com 36,6% seguida de Não concordo nem discordo (3) com 29,5%. A média foi de 3,12, pelo que não pudemos concluir sobre a tendência dos professores em considerarem ou não esta estratégia como positiva.

Tabela 101-Pedir colegas da turma para emprestarem material em falta

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	16	8,3	8,7	8,7
2	35	18,1	19,1	27,9
Valid 3	54	28,0	29,5	57,4
4	67	34,7	36,6	94,0
5	11	5,7	6,0	100,0
Total	183	94,8	100,0	
Missing System	10	5,2		
Total	193	100,0		

Na última opção “Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes”, a resposta que reuniu mais consenso foi Discordo Totalmente (1) com 74,9%, seguida de Discordo (2) com 16%, o que totaliza 90,9% das respostas, demonstrando, mais uma vez, que os professores acham sempre que devem tomar uma atitude considerada positiva e não optar pela ignorância ou indiferença.

Tabela 102-Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	131	67,9	74,9	74,9
Valid 2	28	14,5	16,0	90,9
3	16	8,3	9,1	100,0
Total	175	90,7	100,0	
Missing System	18	9,3		
Total	193	100,0		

Estabelecendo, agora, uma comparação com os resultados obtidos nas duas escolas, através da aplicação do teste T-Student, obtivemos o quadro seguinte:

Tabela 103- Teste T-Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Ser compreensivo e deixar juntar a um colega	Equal variances assumed	,583	,446	2,790	171	,006	,503	,180	,147	,859
	Equal variances not assumed			2,809	140,906	,006	,503	,179	,149	,857
	Equal variances assumed									
Repreender e marcar falta de material	Equal variances assumed	4,251	,041	-,841	171	,402	-,158	,188	-,529	,213
	Equal variances not assumed			-,865	150,176	,388	-,158	,183	-,519	,203
	Equal variances assumed									
Pedir colegas da turma para emprestarem material em falta	Equal variances assumed	,833	,363	1,827	171	,069	,299	,164	-,024	,622
	Equal variances not assumed			1,807	132,926	,073	,299	,165	-,028	,626
	Equal variances assumed									
Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes	Equal variances assumed	2,269	,134	,459	171	,647	,046	,101	-,153	,246
	Equal variances not assumed			,482	158,906	,630	,046	,096	-,143	,236
	Equal variances assumed									

Para as opções “Repreendê-lo e marcar-lhe a falta de material”/“Pedir aos colegas da turma para lhe emprestarem o material em falta” /“Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes”, aceitou-se a H₀, em que os professores de ambas as escolas revelaram a mesma tendência de resposta nestas estratégias.

No entanto, na opção “Ser compreensiva/o e deixá-lo juntar-se a um colega” verificou-se que na escola 1 a resposta mais dada foi Concordo (4) e depois Discordo (2), enquanto que na escola 2, a resposta mais dada foi simultaneamente Não concordo nem discordo (3) e Concordo (4). Verificou-se, ainda, que na escola 1 existiam mais respostas positivas, isto é, de escolha de estratégias acertadas (Concordo e Concordo Totalmente), enquanto que na escola 2 houve mais respostas consideradas negativas (Discordo e Discordo Totalmente).

Tabela 104- Contagem de respostas na pergunta 9

		Ser compreensivo e deixá-lo juntar-se a um colega				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	8	22	17	49	19
	2	10	15	20	20	4

Pelo teste de Levene, concluímos que na pergunta 9 - **Quando o aluno com PHDA não traz o material escolar e o manual, alegando que os perdeu, devo...**, para as opções “Ser compreensiva/o e deixá-lo juntar-se a um colega”/“Pedir aos colegas da turma para lhe emprestarem o material em falta” /“Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes” com um grau de significância de 95% aceitámos a H0, pois as variâncias das estratégias consideradas são iguais em cada uma das escolas.

Para a opção “Repreendê-lo e marcar-lhe a falta de material” verificou-se que a resposta mais dada na escola 2 foi Não concordo nem discordo (3), enquanto que na escola 1, a resposta mais dada foi Discordo (2) seguida de Concordo (4).

Tabela 105- Contagem de respostas na pergunta 9

		Repreendê-lo e marcar falta de material				
		1	2	3	4	5
		Count	Count	Count	Count	Count
Escola	1	23	33	17	29	9
	2	10	15	23	17	4

Tabela 106- Média de respostas na pergunta 9

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Ser compreensivo e deixar juntar a um colega	1	107	3,34	1,165	,113
	2	66	2,83	1,131	,139
Repreender e marcar falta de material	1	107	2,64	1,253	,121
	2	66	2,80	1,112	,137
Pedir colegas da turma para emprestarem material em falta	1	107	3,18	1,026	,099
	2	66	2,88	1,074	,132
Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes	1	107	1,36	,692	,067
	2	66	1,32	,559	,069

Comparando os resultados obtidos entre a escola 1 e a escola 2 verificámos que para a opção “Ser compreensiva/o e deixá-lo juntar-se a um colega” não pudemos concluir se existia uma tendência positiva clara. No entanto, na escola 1 existe uma ligeira tendência para considerar esta estratégia como adequada para intervir, com média de 3,34; enquanto que na escola 2, existe uma ligeira tendência para considerar esta estratégia negativa com uma média de 2,83.

Na opção “Repreendê-lo e marcar-lhe falta de material” nada pudemos concluir sobre uma tendência clara dos professores para considerarem esta estratégia negativa/desadequada. No entanto, ambas as escolas tendiam ligeiramente a considerar esta estratégia negativa, com médias de 2,64 e 2,80, respetivamente para a escola 1 e 2.

Na opção “Pedir aos colegas da turma para lhe emprestarem o material em falta” não pudemos concluir qual a tendência mais clara por parte dos professores. Apesar disso, na escola 1 houve uma ligeira tendência positiva com uma média de 3,18; já na escola 2 houve uma ligeira tendência negativa com uma média de 2,88.

Na última opção “Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes” ambas as escolas consideraram esta estratégia como sendo desadequada, com médias de 1,36 e 1,32, respetivamente para a escola 1 e a escola 2.

O aluno com PHDA perde as coisas necessárias às suas atividades, com frequência, como nos diz o DSM-IV-TR, nos critérios de diagnóstico para a PHDA.

Este sintoma é resultado da desorganização característica dos alunos com PHDA, sobretudo no subtipo desatento. (cf. Selikowitz, 2010 e Parker, 2003).

A falta de organização é resultado de um défice ao nível das funções executivas do cérebro, que são reguladas pelos neurotransmissores. (cf. Kutscher, 2011; Parker, 2003 e Selikowitz, 2010).

Desta forma, os professores devem ser compreensivos e pedir para este aluno se juntar com outro colega ou para lhe emprestarem o material em falta, mas não sem deixar de estabelecer com ele um contrato.

Este contrato pode passar pela construção de um quadro onde serão registadas todas as vezes que trazer o material necessário para as aulas. Ao fim de um determinado montante de bons comportamentos acumulados, terá a sua recompensa (reforço *Token*). Só desta maneira se promove a modificação de comportamentos. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Porque há uma grande propensão para uma baixa autoestima nos alunos que sofrem de PHDA (Antunes, 2011), é necessário que as estratégias de intervenção sejam adaptadas ao longo do desenvolvimento da criança/jovem com PHDA e adaptadas a cada indivíduo. (cf. Rodrigues, 2008), pelo que repreendê-lo ou ignorá-lo não serão estratégias positivas, como já visto anteriormente.

Na sequência destas 9 perguntas seguiram-se um conjunto de 5 perguntas (da pergunta 10 à 14, inclusive) sustentadas pelas restantes hipóteses formuladas, de forma a

confirmar algumas atitudes dos professores do ensino regular face aos alunos com PHDA, sendo, também, indicadoras se os professores do ensino regular possuíam conhecimentos ou não acerca desta perturbação.

Das quatro estratégias sugeridas para melhorar o comportamento descrito na pergunta 9, os professores identificaram corretamente uma estratégia positiva.

Assim, para a pergunta 10 - **O aluno hiperativo deveria frequentar apenas as aulas de Educação Especial**, considerou-se a seguinte hipótese:

H0: Os professores consideram que os alunos com PHDA devem estar integrados apenas em aulas de Educação Especial.

H1: Os professores não consideram que os alunos com PHDA devam estar integrados apenas em aulas de Educação Especial.

Nesta pergunta verificámos que a resposta mais dada foi Discordo Totalmente (1) com 57,5% seguida de Discordo (2) com 14,2%, totalizando 71,6% das respostas obtidas.

Tabela 107- Média de respostas na pergunta 10

O aluno deveria frequentar apenas aulas Educação Especial

N	Valid	183
	Missing	10
Mean		1,93
Mode		1

Estes resultados revelaram a tendência dos professores para considerarem esta estratégia desadequada para intervir na PHDA.

Tabela 108- Resultados da pergunta 10-Aluno deveria frequentar apenas aulas EE

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	105	54,4	57,4	57,4
2	26	13,5	14,2	71,6
3	25	13,0	13,7	85,2
4	13	6,7	7,1	92,3
5	14	7,3	7,7	100,0
Total	183	94,8	100,0	
Missing System	10	5,2		
Total	193	100,0		

Verificámos, através do teste T- Student, se existiam diferenças nas escolhas dos professores da escola 1 e dos professores da escola 2.

Tabela 109-Teste T-Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
O aluno deveria frequentar apenas aulas de Educação Especial	Equal variances assumed	,891	,346	-,642	181	,522	-,128	,199	-,521	,265
	Equal variances not assumed			-,627	130,497	,532	-,128	,204	-,531	,276

Como $p\text{-value}=0,522 > 0,05$ aceitámos a hipótese de que os professores de ambas as escolas concordaram que os alunos com PHDA não devem estar apenas nas aulas de E. Especial.

No quadro abaixo conseguimos verificar que os professores de ambas as escolas consideraram esta estratégia desadequada, com uma média de 1,89 para a escola 1 e de 2,01 para a escola 2.

Tabela 110- Média de respostas na pergunta 10

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
O aluno deveria frequentar apenas aulas de Educação Especial	1	115	1,89	1,255	,117
	2	68	2,01	1,377	,167

Pelo teste T-One-Sample verificámos (usando o valor 2 para teste) que: H0: Os professores discordam que os alunos devem estar integrados apenas nas aulas de Educação Especial.

Tabela 111- Teste T-One-Sample

	Test Value = 2					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
O aluno deveria frequentar apenas aulas de Educação Especial	-,683	182	,496	-,066	-,26	,12

Assim, podemos aceitar a H0, pois os professores discordaram que os alunos frequentassem apenas as aulas de Educação Especial.

Desta forma, rejeitámos a hipótese formulada para esta questão: Os professores consideram que os alunos com PHDA devem estar integrados apenas em aulas de Educação Especial, salientando-se que os docentes de ambas as escolas optaram pela resposta Discordo.

O aluno hiperativo não deve frequentar apenas as aulas de Educação Especial e como verificámos, os docentes das escolas comparadas partilham da mesma opinião e assim deve ser, pois a obrigação da escola – ao nível educativo, social, moral e ético- é o

da promoção do sucesso educativo de todos os alunos, como fomenta o Decreto-Lei nº.3/2008 de 7 de janeiro.

A escola deve, por isso, adequar currículos e adaptar-se aos “vários estilos e ritmos de aprendizagem” (cf. Declaração de Salamanca, 1994:11), pois a PHDA é uma perturbação psicossocial, afetando a qualidade de vida dos que dela sofrem em várias dimensões. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

É necessário um trabalho conjunto de todos – pais, escola, sociedade e professores (cf. Parker, 2003).- para uma plena integração destes alunos e para a promoção do seu sucesso educativo, pois esta perturbação afeta entre 3% a 7% das crianças / jovens em idade escolar. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007).

Sem um trabalho conjunto, sem uma inclusão plena, corre-se o risco de haver uma desmotivação para o trabalho escolar, baixa autoestima e fraca imagem de si mesmo. (cf. Antunes, 2011).

A integração na escola regular e com os seus pares só trará melhorias a nível comportamental pois “os jovens aprendem por imitação.” (cf. Barnet, 1968, 1981; Ewer, 1969 citados por Calafate, 1989:456).

Na pergunta 11 - **Todos os professores deveriam ter formação para estarem preparados para lidar com esta problemática** consideraram-se as seguintes hipóteses:

H0: Formação que os professores do ensino regular necessitam de ter para lidar com alunos com PHDA.

H1: Os professores do ensino regular não necessitam de ter formação para lidar com alunos com PHDA.

Tabela 112- Média de respostas na pergunta 11

Todos os professores deveriam ter formação

N	Valid	192
	Missing	1
Mean		4,47
Mode		5

Ao observarmos as respostas obtidas verificámos que a resposta mais dada foi Concordo Totalmente (5) com 62%, seguida de Concordo (4) com 27,1%, o que totaliza 89,1%.

Tabela 113- Resultados da pergunta 11-Todos professores deveriam ter formação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	1,0	1,0	1,0
2	4	2,1	2,1	3,1
3	15	7,8	7,8	10,9
4	52	26,9	27,1	38,0
5	119	61,7	62,0	100,0
Total	192	99,5	100,0	
Missing System	1	,5		
Total	193	100,0		

Deste modo, concluímos que os professores consideraram que têm necessidade de ter formação para lidar com estes alunos.

De seguida, verificámos através do teste T-Student se existiam tendências diferentes nas repostas dos professores das duas escolas.

Tabela 114- Teste T- Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Todos os professores deveriam ter formação...	Equal variances assumed	1,050	,307	1,718	190	,087	,207	,121	-,031	,446
	Equal variances not assumed			1,686	138,326	,094	,207	,123	-,036	,451

Pudemos verificar que ambas as escolas consideraram a mesma resposta com um nível de significância de 95%.

Pelo teste de Levene concluímos que não existiam distribuições diferentes de variâncias para ambas as escolas, nesta questão.

Contatámos, de seguida, através do teste T-One-Sample se os professores aceitavam que necessitam de ter formação para lidar com alunos com PHDA.

Para este teste considerámos o valor 4,5, por ser um valor intermédio entre as respostas Concordo (4) e Concordo Totalmente (5).

Tabela 115- Teste T-One-Sample

	Test Value = 4.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Todos os professores deveriam ter formação...	-,534	191	,594	-,031	-,15	,08

Pelo resultado apresentado na tabela acima aceitou-se a hipótese considerada, a Formação que os professores do ensino regular necessitam de ter para lidar com alunos com PHDA, pelo que podemos concluir que os professores sentem necessidade de ter formação nesta área para melhor responder às atitudes e comportamentos dos alunos com PHDA de forma correta e com estratégias positivas.

Os professores de ambas as escolas manifestaram a necessidade de terem mais formação para estarem mais bem preparados para lidarem com os alunos com PHDA.

Como nos dizem Zeichner (1993), Kincheloe (1993) e Smyth (1989), a formação “é entendida como desenvolvimento da autonomia profissional docente e da assunção do seu papel como interventor no sistema em que está inserido.” (entenda-se aqui como intervenção social) (citados por Pereira, Santiago e Oliveira in Costa e Paixão, 2004:91).

Os alunos com PHDA são muitas vezes apelidados de indisciplinados, mal-educados, desafiantes e tendo comportamentos disruptivos para os quais os professores não têm respostas, nem conhecem as melhores estratégias de intervenção. (cf. Parker, 2003).

Para além da formação e preparação dada aos professores, é necessário que estes compreendam que a melhoria dos comportamentos disruptivos do aluno com PHDA passa por uma intervenção em contexto escolar, na qual eles são os principais agentes. (cf. Rodrigues, 2008).

A intervenção deve ser adequada a cada indivíduo e ir ao encontro das suas necessidades.

A intervenção psicossocial é uma das intervenções com sucesso, quando combinada com o uso de medicação, com vista à melhoria dos comportamentos e em que os professores são chamados a ter um papel preponderante. (cf. Rodrigues, 2008).

Vásquez (in Bautista, 1997) propõe uma programação para professores para os ajudar a entender os comportamentos dos alunos com PHDA e fazer a ligação escola-casa.

Rodrigues (2008) reitera novamente que urge a formação / preparação de professores através de ações de formação e sensibilização sobre a PHDA e propõe a coordenação casa-escola e a manutenção de estratégias e políticas de intervenção na escola e em casa de igual forma.

“O processo de formação e os formadores são responsáveis pela criação de condições e pela selecção de estratégias que propiciem o desenvolvimento de capacidades reflexivas, a fim de que os futuros professores fiquem apetrechados com instrumentos e motivação para se assumirem como agentes activos do seu desenvolvimento profissional.” (Pereira, Santiago e Oliveira in Costa e Paixão, 2004:81).

Na pergunta 12 - **A integração do aluno com PHDA em turmas do ensino regular melhora os seus comportamentos académicos** – consideraram-se as seguintes hipóteses:

H0: A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos académicos.

H1: A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares não é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos académicos.

Tabela 116- Média de respostas na pergunta 12

A integração do aluno com PHDA em turmas do ensino regular melhora os seus comportamentos académicos		
N	Valid	187
	Missing	6
Mean		3,70
Mode		4

Ao observar as respostas obtidas, verificámos que a resposta mais dada foi Concordo (4), com 37,4% das respostas. No entanto, a segunda resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 35,8%.

Tabela 117- Resultados da pergunta 12-Integração melhora comportamentos académicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	3	1,6	1,6	1,6
2	9	4,7	4,8	6,4
Valid 3	67	34,7	35,8	42,2
4	70	36,3	37,4	79,7
5	38	19,7	20,3	100,0
Total	187	96,9	100,0	
Missing System	6	3,1		
Total	193	100,0		

Verificámos, seguidamente, se os resultados tendiam a ser os mesmos em ambas as escolas pelo teste T-Student.

Tabela 118- Teste T- Student e Teste de Levene

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
A integração do aluno com PHDA em turmas do ensino regular melhora os seus comportamentos académicos	1,114	,293	-,952	185	,343	-,130	,137	-,400	,140	
Equal variances assumed										
Equal variances not assumed			-,980	155,508	,329	-,130	,133	-,392	,132	

Pudemos observar que a tendência entre as respostas foi a mesma em ambas as escolas.

Pelo teste de Levene, também concluímos a homogeneidade das variâncias dos resultados de ambas as escolas.

De seguida, verificámos pelo teste T-One-Sample a hipótese por nós apresentada. Testámos como referência o valor 3,75 para podermos aceitar a resposta e por este valor ser um valor mais aproximado da resposta 4 - Concordo, que permitiu demonstrar que os professores consideram esta hipótese como verdadeira.

Tabela 119- Teste T-One-Sample

	Test Value = 3.75					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A integração em turmas do ensino regular melhora os seus comportamentos académicos	-,750	186	,454	-,049	-,18	,08

Concluimos, deste modo, pelos resultados apresentados acima, que a hipótese (H0) foi aceite pelos professores.

Tabela 120- Média de respostas na pergunta 12

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A integração em turmas do ensino regular melhora os seus comportamentos académicos	1	118	3,65	,937	,086
	2	69	3,78	,838	,101

Concluimos que foi aceite a hipótese nula.

Para hipótese formulada para esta questão, A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos

académicos não pudemos concluir se é aceite ou se é rejeitada, pela grande dispersão de respostas.

A PHDA é diagnosticada habitualmente por volta dos 6 anos de idade, altura em que a criança entra para a escola e lhe são exigidas competências ao nível da aprendizagem e da integração com os seus pares. (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007). Entre 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem de PHDA. (cf. Lino, 2005).

Muitas vezes associadas à PHDA e ao défice de atenção estão as dificuldades de aprendizagem e os problemas de memória (cf. Vallet, 1986, citado por Vásquez, in Bautista, 1997), o que proporciona a estes alunos um mau desempenho académico.

No entanto, o primeiro passo deve ser dado pelas escolas, que segundo Parker (2003) estão a tomar medidas no sentido de proporcionar programas educacionais adequados, de forma a melhorar a aprendizagem destes alunos e o seu desempenho académico.

Moura (2008) citando Barkley (2006) e Cardo & Servera-Barceló (2005) diz que a PHDA é uma perturbação de comportamento com repercussões na capacidade de aprendizagem.

Os maus resultados escolares do aluno com PHDA e os seus comportamentos devem ser sinalizados no momento do diagnóstico para se procurar uma possível causa. (cf. Selikowitz, 2010).

A integração do aluno com PHDA em turmas regulares melhora os seus comportamentos sociais e o seu desempenho académico, porque se for acompanhado por pais e professores com um conjunto de estratégias de intervenção adequadas, isso traduzir-se-á na melhoria dos seus comportamentos.

Como é do conhecimento geral, todos aprendemos seguindo modelos (cf. Barnet, 1968,1981; Ewer, 1969 citados por Calafate, 1989). Também os alunos com PHDA

melhoram através de programas de controlo de comportamentos que depois se irão refletir na melhoria do seu desempenho académico. (cf. Rodrigues, 2008).

Ao seguir modelos de outros alunos ou de um tutor e ao serem aplicadas estratégias de intervenção adequadas (dividir os trabalhos em partes mais pequenas para que sinta que vai completando tarefas e cumprindo objetivos ou ser elogiado quando tem um bom comportamento) haverá uma superação das dificuldades escolares, como nos sugerem Dowdy, Patton, Smith & Polloway (1998).

Safer e Allen, citados por Vásquez (in Bautista, 1997:174) dizem que “os programas de tratamento devem visar tanto o progresso académico como a diminuição da sintomatologia comportamental, mas dando prioridade ao primeiro aspecto.”

Nielsen (1997:63) diz que se torna “necessário o recurso ao elogio e a programas de controlo de comportamento (...) a fim de criar uma atmosfera na qual os alunos com DDAH (...) se possam envolver em actividades de aprendizagem.”

Como o aluno com PHDA tem um estilo e ritmo de aprendizagem específicos podem fazer-se alterações aos currículos e aos conteúdos para permitir uma intervenção mais eficaz. (cf. Rodrigues, 2008).

Quanto à pergunta 13- **A integração do aluno com PHDA é benéfica sob o ponto de vista de socialização** – consideraram-se as seguintes hipóteses:

H0: A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos de socialização.

H1: A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares não é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos de socialização.

Tabela 121- Média de respostas na pergunta 13

A integração do aluno é benéfica sob o ponto de vista de socialização

N	Valid	190
	Missing	3
Mean		4,19
Mode		4

Verificou-se que a resposta mais dada para esta hipótese foi Concordo (4) com 47,9%, seguida de Concordo Totalmente (5) com 36,8%, perfazendo um total de 84,7%.

Assim, pudemos concluir que os professores consideravam que a inclusão destes alunos em turmas regulares é benéfica em termos de socialização.

Tabela 122- Resultados da pergunta 13-A integração é benéfica para socialização

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	1	,5	,5	,5
2	3	1,6	1,6	2,1
3	25	13,0	13,2	15,3
4	91	47,2	47,9	63,2
5	70	36,3	36,8	100,0
Total	190	98,4	100,0	
Missing System	3	1,6		
Total	193	100,0		

De seguida, comparámos se a tendência de resposta era igual em ambas as escolas pelo teste T- Student.

Tabela 123- Teste T- Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
A integração do aluno é benéfica sob o ponto de vista de socialização	Equal variances assumed	,007	,932	1,845	188	,067	,210	,114	-,015	,434
	Equal variances not assumed			1,750	122,577	,083	,210	,120	-,027	,446

Pudemos verificar que se aceitou a H0 para um grau de significância de 95%, o que significa que os professores de ambas as escolas consideraram benéfica a inclusão destes alunos em termos de socialização.

Efetuámos o teste de homogeneidade (teste de Levene) e obtivemos uma igual dispersão de variâncias nos resultados de ambas as escolas.

Tabela 124- Média de respostas na pergunta 13

	Escola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
A integração do aluno é benéfica	1	120	4,27	,695	,063
sob o ponto de vista de socialização	2	70	4,06	,849	,102

Observámos, em ambas as escolas, a tendência de resposta Concordo (4) com uma média de 4,27 e 4,06, respetivamente para a escola 1 e para a escola 2.

Deste modo, optámos por realizar o teste T-One-Sample para um valor de 4,17 por este valor se encontrar equidistante de ambas as médias.

Tabela 125- Teste T-One-Sample

	Test Value = 4.17					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
A integração do aluno é benéfica sob o ponto de vista de socialização	,353	189	,724	,019	-,09	,13

Assim, concluímos que os professores consideraram que a integração do aluno é benéfica em termos de socialização, aceitando-se a H0 formulada.

Para a hipótese formulada para esta questão, A inclusão do aluno com PHDA em turmas regulares é benéfica para a melhoria dos seus comportamentos, em termos de socialização concluímos que a hipótese é aceite.

A PHDA como perturbação psicossocial (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007) afeta a qualidade de vida dos jovens nas dimensões psicológica e social, gerando fraca integração e aceitação social (cf. Antunes, 2011), daí ser fulcral a sua integração na escola e com os seus pares.

Da mesma opinião são Barkley (2006) e Cardo & Servera-Barceló (2005) citados por Moura (2008) que dizem que esta perturbação tem repercussões na adaptação psicossocial.

Quando não tratada com programas de intervenção adequados surgem comportamentos desafiantes e antissociais, muitas vezes caracterizadores das comorbilidades associadas à PHDA, como a POD e a PC.

Vários autores defendem que os programas de intervenção devem ser aplicados na escola e em casa, vendo a escola como um interveniente crucial neste processo, nomeadamente os professores. (cf. Barkley, 2000, citado por Rodrigues, 2008 e Rodrigues, 2008).

Martins (2008) fala no *role-playing* como promotor de aprendizagens e criador de afetos.

Pinho, Mendes e Pereira (2007) falam nos contratos estabelecidos entre professores e alunos.

A intervenção com programas de controlo de comportamentos (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007; Rodrigues, 2008 e Vázquez, in Bautista, 1997) para melhorar comportamentos desadequados é feita habitualmente com o acompanhamento de um tutor ou de uma figura de referência e sempre demonstrando as consequências dos seus atos, permitindo a autocorreção dos comportamentos desadequados.

Estes programas comprovam que a socialização com os seus pares é benéfica e que todos aprendemos seguindo modelos. (cf. Barnet, 1968, 1981; Ewer, 1969 citados por Calafate, 1989).

Rodrigues (2008) fala na ajuda que a Psicomotricidade pode dar para reduzir comportamentos disruptivos, melhorar competências sociais e promover a comunicação verbal e não-verbal.

Godoy (2000, citado por Veiga e Gonçalves, 2009) reitera a mesma ideia dizendo que o exercício físico possibilita a melhoria da autoimagem, da autoestima e aumenta a capacidade de lidar com os fatores psicossociais do stress.

Pelas razões apontadas pelos diversos autores, concluímos que a integração dos alunos com PHDA em turmas regulares e com os seus pares é benéfica, quer do ponto de vista académico quer do ponto de vista social.

Finalmente, em relação à questão 14- **Os alunos com PHDA deviam tomar medicação para melhorarem os seus comportamentos** –, não pudemos estabelecer comparações com a Escola B.S. da Calheta (escola 2), por esta questão não estar integrada

no questionário aplicado nesta escola. Para esta questão formulámos as seguintes hipóteses:

H0: Os professores do ensino regular consideram haver uma melhoria nos comportamentos dos alunos com PHDA que tomam medicação.

H1: Os professores do ensino regular não consideram haver uma melhoria nos comportamentos dos alunos com PHDA que tomam medicação.

Tabela 126- Média de respostas na pergunta 14

Devem tomar medicação para melhorarem os seus comportamentos		
N	Valid	119
	Missing	74
Mean		3,60
Mode		3

Tabela 127- Resultados da pergunta 14-Devem tomar medicação melhorar comportamentos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	5	4,1	4,2	4,2
2	12	9,9	10,1	14,3
3	40	33,1	33,6	47,9
4	31	25,6	26,1	73,9
5	31	25,6	26,1	100,0
Total	119	98,3	100,0	
Missing System	2	1,7		
Total	121	100,0		

Para esta hipótese a resposta mais dada foi Não concordo nem discordo (3) com 33,6%, seguida de Concordo (4) e Concordo Totalmente (5), ambas com 26,1%.

Apesar de se ter verificado uma ligeira tendência da maioria dos professores da Escola B. S. Dr. Ângelo a. da Silva (escola 1) para considerar que esta medida é benéfica,

obtivemos uma amostra importante que ainda não tem uma opinião formada sobre esta questão ou que discorda.

De seguida, realizámos o teste T- One-Sample para testarmos um valor igual a 3,51 visto que este é o valor mínimo a considerar para aceitar a estratégia como sendo positiva.

Tabela 128- Teste T-One-Sample

	Test Value = 3.51					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Devem tomar medicação para melhorarem os seus comportamentos	,854	118	,395	,087	-,11	,29

Pelos resultados obtidos, verificámos que a H0: Os professores do ensino regular consideram haver uma melhoria nos comportamentos dos alunos com PHDA que tomam medicação foi aceite, pois os professores consideraram que a medicação melhora o comportamento dos alunos com PHDA.

Tabela 129- Média de respostas na pergunta 14

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Devem tomar medicação para melhorarem os seus comportamentos	119	3,60	1,107	,101

Como verificámos nesta escola (Escola B. S. Dr.Ângelo A. S.- escola 1), a média de respostas obtidas dos 119 professores que responderam a esta questão foi de 3,60, pelo que concluímos que apesar de uma parte dos professores considerar que medicação poderá fazer efeito, os restantes não têm uma opinião formada acerca deste aspeto, ou desconfiam da eficácia da medicação sobre o comportamento destes alunos.

Assim, tentámos verificar através do teste T-Student se os professores que já tinham tido alunos com PHDA tinham uma opinião diferente acerca do uso de medicação em relação aos que nunca tinham tido alunos com PHDA.

H0: Os professores que já tiveram alunos com PHDA atribuem uma importância igual à dos professores que não tiveram alunos com PHDA em relação à utilização de medicação.

H1: Os professores que já tiveram alunos com PHDA atribuem uma importância diferente da dos professores que não tiveram alunos com PHDA em relação à utilização de medicação.

Tabela 130- Teste T- Student e Teste de Levene

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Differe nce	Std. Error Differe nce	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Devem tomar medicação o para melhorar em os seus comportamentos	Equal variances assumed	,005	,941	-,218	107	,828	-,049	,227	-,499	,400
	Equal variances not assumed			-,217	68,5 13	,829	-,049	,228	-,505	,406

Dos resultados obtidos concluímos que o facto de os professores terem tido alunos com PHDA é irrelevante para as respostas obtidas, visto que a média dos professores que já tiveram alunos com PHDA foi de 3,56, enquanto que a média dos professores que responderam que não tinham tido alunos com PHDA foi 3,61.

Pelo teste de Levene concluímos que a distribuição de variância entre estes dois grupos (os professores que já tiveram alunos com PHDA e os que não tiveram) é igual.

Tabela 131- Média respostas pergunta 14 vs. Se professores tiveram alunos com PHDA

	Já teve alunos com PHDA	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Devem tomar	1	73	3,56	1,105	,129
medicação para					
melhorarem os	2	36	3,61	1,128	,188
seus					
comportamentos					

A intervenção deve sempre adaptar-se a cada indivíduo e ir sendo ajustada ao longo da vida. (cf. Rodrigues, 2008).

A intervenção de tipo farmacológico (o recurso ao uso de medicação) é uma das intervenções possíveis. Geralmente é combinada com terapias de comportamento para uma atuação mais eficaz e mais bem-sucedida.

O uso da medicação é o principal tratamento na redução dos sintomas da PHDA, verificando-se melhorias. (cf. Antunes, 2011).

Como as funções executivas do cérebro são afetadas por uma produção deficitária dos neurotransmissores, a medicação irá ajudar na reposição dos neurotransmissores em falta e melhorará a qualidade de vida dos jovens com PHDA (cf. Moura, 2008), atuando nos lobos frontais e aumentando os níveis de dopamina e norepinefrina, que ajudam na atenção e na impulsividade. (cf. Kutscher, 2011).

Sosin e Sosin (2006) também referem que a toma de medicação permitirá ao aluno estar mais concentrado e com mais atenção nas aulas.

No entanto, e apesar das vantagens do uso da medicação, os sintomas e comportamentos disruptivos só diminuirão se houver uma conjugação com outras estratégias de intervenção. (cf. Rodrigues, 2008).

As diferentes estratégias de intervenção que devem ser combinadas com a medicação passam pelo trabalho conjunto de equipas multidisciplinares, que passam pelo envolvimento de médicos, terapeutas, psicólogos, pais e professores. (cf. Rodrigues, 2008).

Os pais têm um papel preponderante. Não basta administrar a medicação para “curar” os sintomas. É necessário fazerem treinos e frequentarem grupos de apoio e terapias para saberem lidar com os comportamentos do jovem com PHDA e como intervir para o ajudar, devendo apresentar-se, também, como modelos comportamentais adequados. (cf. Rodrigues, 2008; Parker, 2003; Gomes e Ambrósio, 2008; Fonseca, 1998, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007; e Vásquez, in Bautista, 1997).

Outro tipo de intervenção que deve ser combinada com o uso da medicação é a intervenção na escola, com a ajuda dos professores (cf. Rodrigues, 2008). Por isso se torna necessário que os professores tenham conhecimento das estratégias adequadas para atuar junto dos alunos com PHDA.

Os diversos autores sugerem quer a pais, quer a professores, a utilização de programas de treino de comportamentos (de autocontrolo, de auto-monitorização, de autorreforço e de autoinstrução). (cf. Rodrigues, 2008; Martins, 2008; Pinho, Mendes e Pereira, 2007; Vásquez, in Bautista, 1997; e Gomes e Ambrósio, 2008).

Vásquez (in Bautista, 1997) sugere uma programação para professores para os ensinar a anotar a frequência dos comportamentos e assim poderem criar estratégias adequadas de melhoria e fazer a ligação escola-casa.

É na sala de aula que começa a verdadeira intervenção, com programas de treino de atitudes e comportamentos e com o uso de estratégias de intervenção adequadas para a sua modificação ou extinção. (cf. Nielsen, 1997; Rodrigues, 2008; Lopes, 2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007; Vásquez, in Bautista, 1997; Gomes e Ambrósio, 2008; Rief & Heimburge, 2000; e Dowdy, Patton, Smith & Polloway, 1998).

Mais uma vez se percebe que o papel dos professores é muito importante e que só um trabalho conjunto produzirá efeitos. (cf. Parker, 2003 e Barkley, 2006, citado por Rodrigues, 2008).

Sosin e Sosin (2006:92) dizem mesmo que “Ninguém está em melhor posição para monitorizar os efeitos reais da medicação do que o professor (...).”

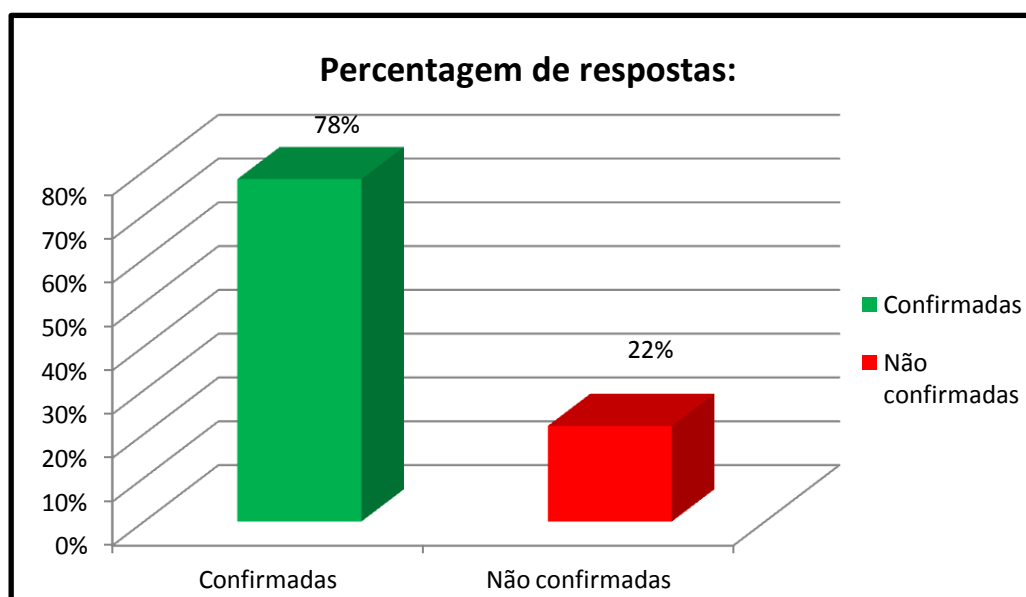
“Apenas a conjugação de formas de intervenção poderá conduzir a efeitos de longo termo.” (cf. Rodrigues, 2008:15).

11.2. Discussão dos resultados

Pelas respostas obtidas em ambas as escolas podemos afirmar que para a Hipótese 1- Os professores do ensino regular aplicam medidas interventivas positivas para lidarem com os comportamentos dos alunos com PHDA, de forma geral, como pudemos observar no gráfico abaixo, os professores identificaram 78% das medidas interventivas (positivas e negativas) a ter perante os comportamentos de um aluno com PHDA e recusaram utilizar atitudes de indiferença e de ignorância dos comportamentos ou mesmo atitudes mais rígidas e consideradas menos assertivas por muitos autores (cf. Gomes e Ambrósio, 2008), como seja a repreensão ou mandar o aluno sair da sala com uma falta disciplinar.

Em 22% dos casos, os professores não foram capazes de identificar as medidas interventivas adequadas (positivas e negativas) para atuar junto de alunos com PHDA.

Gráfico nº. 1- Percentagem de respostas obtidas



A aplicação do questionário em duas escolas diferentes – a Escola B. S. da Calheta, uma escola inserida num meio mais rural da região da Madeira, e a E. B. S. Dr. Ângelo Augusto da Silva, uma escola situada no centro do Funchal,- e em dois momentos diferentes (2009 e 2012, respetivamente) permitiu-nos perceber até que ponto são os

professores da Madeira, conhecedores de estratégias de intervenção corretas para ajudar os alunos com PHDA a modificarem os seus comportamentos.

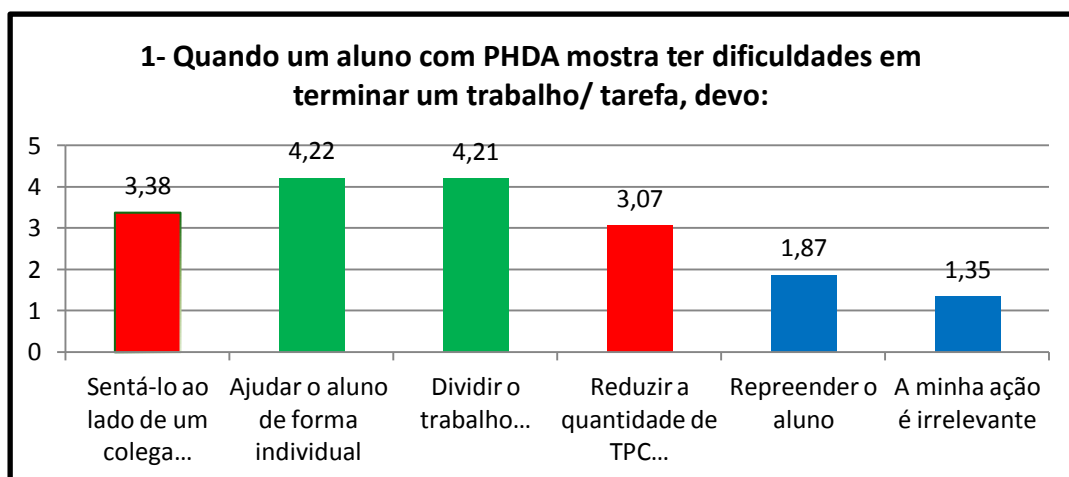
Através dos testes efetuados ao longo do nosso estudo, concluímos que apesar do corpo docente da EBS Calheta ser mais novo e o tempo de serviço ser menor, o que poderia representar uma maior abertura dos docentes à mudança e à introdução de estratégias de intervenção adequadas, não se verificou isso, pela análise dos dados. Por outro lado o corpo docente da EBS Dr. Ângelo Augusto da Silva, mais envelhecido e com mais anos de serviço, podendo indiciar uma menor abertura à mudança, à formação e à sensibilização para os problemas dos alunos com PHDA, demonstrou mais tendência para dar respostas adequadas.

Pudemos, assim, concluir que os docentes da EBS Calheta tiveram mais dúvidas acerca das atitudes corretas a tomar. Nesta escola notaram-se as maiores discrepâncias nas respostas obtidas, nomeadamente, na aplicação de estratégias consideradas menos positivas/ corretas quando não acompanhadas de um programa de controlo de comportamentos. (cf. Gomes e Ambrósio, 2008). Verificámos, ao longo das questões, que os docentes da EBS Calheta apresentavam mais tendência para escolher atitudes como repreender ou mandar o aluno sair da sala de aula. Também de notar que não se mostravam tão recetivos a facilitar ou permitir as adequações nos conteúdos, nas fichas ou a estabelecer contratos comportamentais com os alunos.

Na verdade, os professores estão muitas vezes sujeitos a condições desadequadas e perante uma turma heterogénea, onde cada aluno tem necessidades diferentes e é-lhes pedido que saibam atuar perante cada caso, muitas vezes sem terem formação adequada para tal. (cf. Parker, 2003).

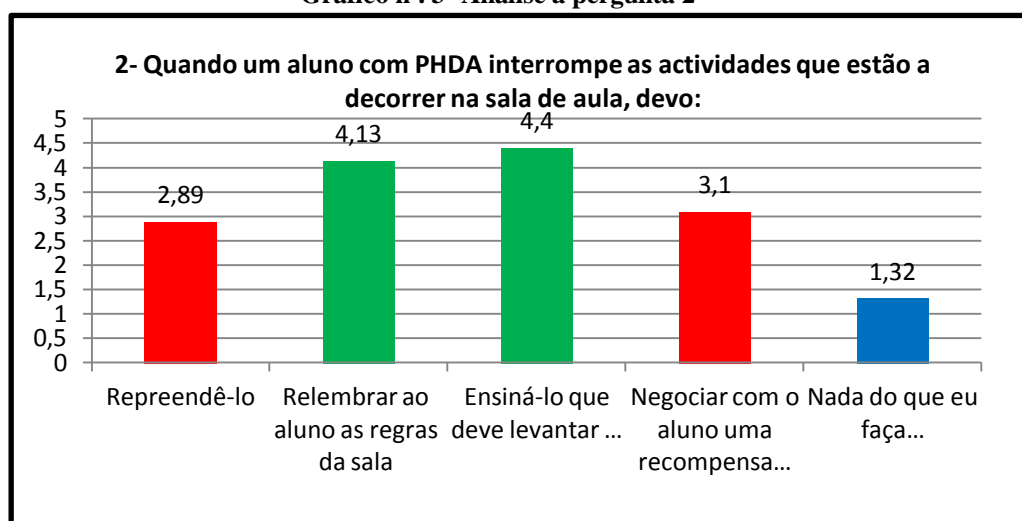
Para verificarmos as hipóteses formuladas tivemos que utilizar um intervalo de 3,51 a 5, por ser o intervalo onde se consideram estar as estratégias de intervenção positivas e um intervalo de 1 a 2,49, onde se considerou estarem as estratégias desadequadas para intervir junto de alunos com PHDA.

Gráfico n.º. 2- Análise à pergunta 1



Na análise à primeira pergunta³⁴, constatámos que os professores não chegaram à concordância sobre as estratégias “Sentá-lo ao lado de um colega mais esperto que o incentive” e “Reduzir a quantidade de TPC nesse dia”, evidenciando que desconhecem as estratégias corretas a aplicar perante este comportamento, pois um colega que sirva de modelo pode ajudar a melhorar os seus comportamentos e a repartição/redução de tarefas permite que estes alunos concretizem com mais facilidade as suas tarefas. De notar que apesar de, no geral, estas estratégias não serem bem vistas pelos professores, a escola 1 revelou uma maior tendência para considerar a estratégia de “Reduzir a quantidade de TPC nesse dia” como adequada.

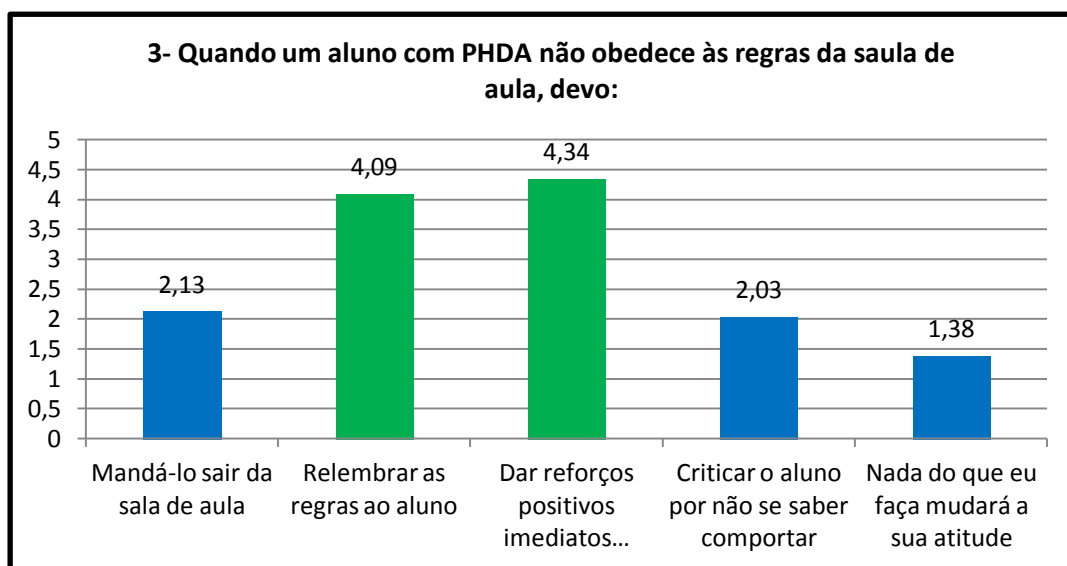
Gráfico n.º. 3- Análise à pergunta 2



³⁴ Verde= estratégias confirmadas como positivas/adequadas; azul= estratégias confirmadas como negativas; e vermelho = estratégias em que não se conseguiu confirmar a tendência por parte dos professores.

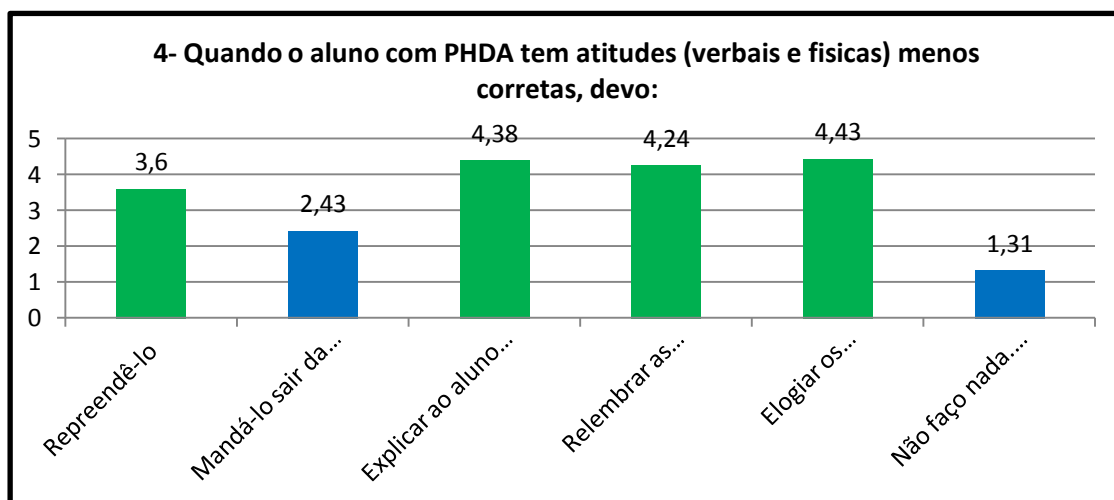
Na análise à segunda questão, nas opções “Repreendê-lo” e “Negociar com o aluno uma recompensa, se tiver um bom comportamento” constatamos que os professores desconhecem as estratégias corretas a aplicar perante este comportamento, pois consideram que devem repreender o aluno por interromper o decurso da aula. Também não consideram que devem negociar com ele, seja o que for, pois se tem comportamentos desadequados deve ser chamado à atenção e punido e não recompensado. Salientamos aqui a tendência da escola 2 para considerar a estratégia “Repreendê-lo” mais adequada, comparativamente à escola 1.

Gráfico nº. 4- Análise à pergunta 3



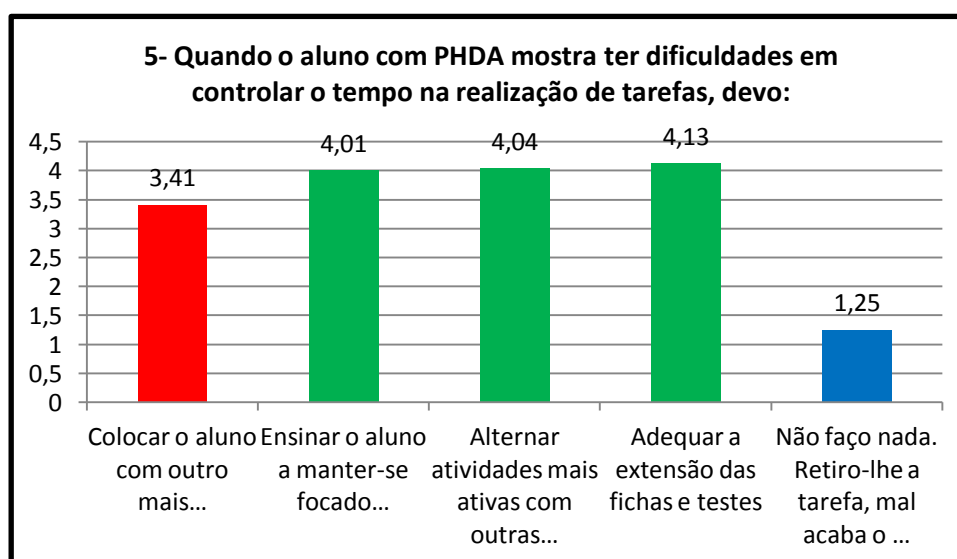
Pela análise à terceira questão, verificamos que não houve discordância nas respostas obtidas e que os professores revelaram ter conhecimentos de como agir perante este comportamento do aluno com PHDA. Salientamos, nesta questão, que a escola 1 apresentou maior tendência para considerar negativa a estratégia “Mandá-lo sair da sala de aula” e revelou maior tendência para considerar positiva a estratégia “Dar reforços positivos imediatos, quando as cumpre”, em comparação com os resultados obtidos pela escola 2.

Gráfico n.º. 5- Análise à pergunta 4



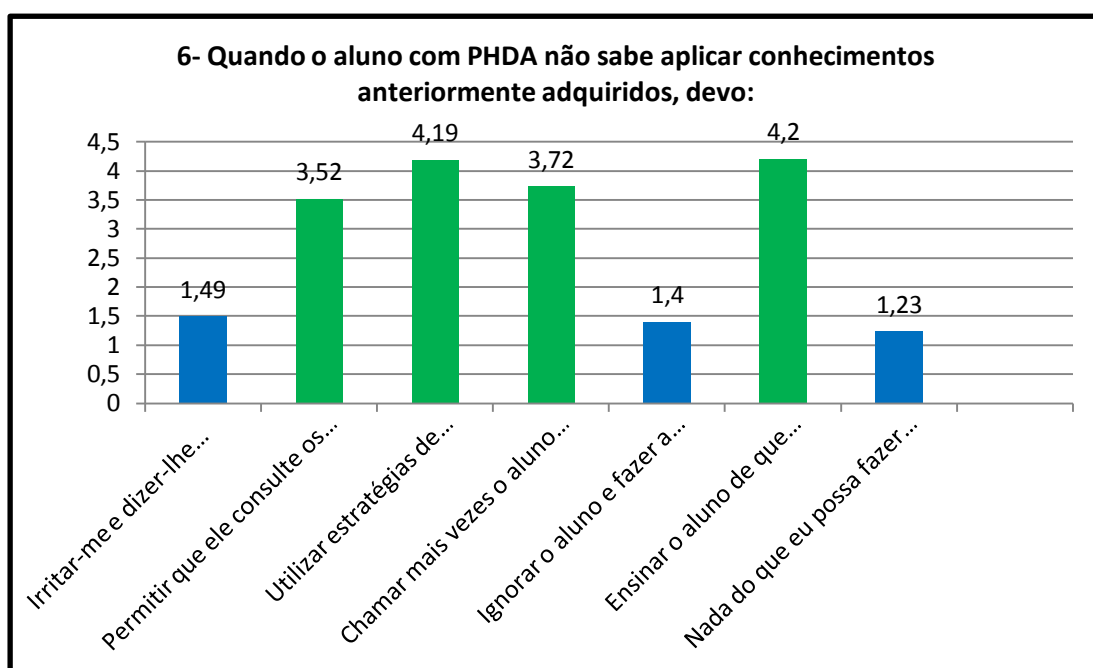
Pela análise à questão 4, constatámos que os professores conseguiram identificar as estratégias positivas e adequadas e as menos adequadas para agir perante o comportamento do aluno com PHDA sugerido nesta questão. No entanto, notámos que a escola 1 revelou maior tendência para considerar adequada a estratégia “Repreendê-lo”, comparando com a escola 2 e que na estratégia “Mandá-lo sair da sala de aula com falta disciplinar” houve mais tendência para a considerar negativa comparativamente aos resultados obtidos pela escola 2. Podemos concluir que os docentes consideram que repreender o aluno será a melhor atitude a tomar, quando ele tem comportamentos menos adequados, não o desculpando em relação aos comportamentos também semelhantes que outros colegas sem PHDA apresentam.

Gráfico n.º. 6- Análise à pergunta 5



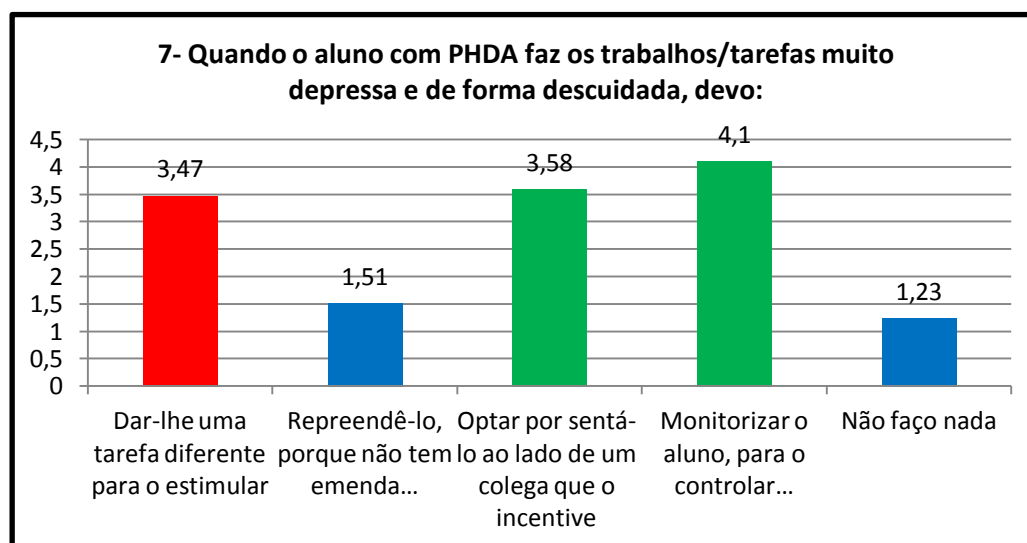
Na pergunta 5, pudemos verificar que não houve concordância em relação à estratégia “Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive”, pois os professores pensam que ao tomar esta atitude, o aluno irá distrair-se com o colega que tem ao seu lado, em vez de continuar a realizar as suas tarefas; salientamos, ainda, que na estratégia “Adequar a extensão de fichas e testes” verificámos uma maior tendência por parte da escola 1 para considerar esta estratégia como adequada.

Gráfico n°. 7- Análise à pergunta 6



Na pergunta 6, os professores, de forma geral, reconheceram as estratégias consideradas adequadas e as desadequadas, pelo que revelaram ter conhecimentos acerca das estratégias adequadas para intervir junto de alunos com PHDA, nesta situação. De salientar que a escola 1 demonstrou uma maior tendência para considerar como positiva a estratégia “Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria” comparativamente à escola 2.

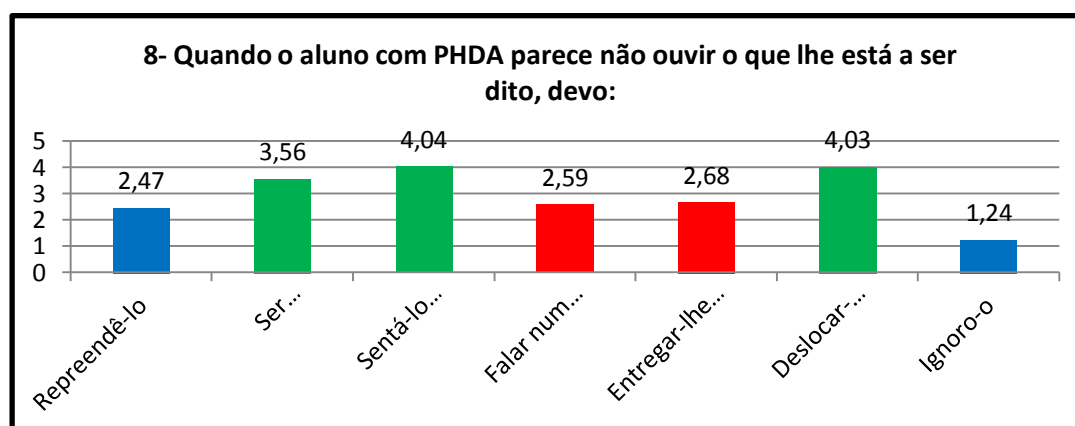
Gráfico nº. 8- Análise à pergunta 7



Pela análise à questão 7, concluímos que quanto à estratégia “Dar-lhe uma tarefa diferente para o estimular” os professores não a consideraram como uma estratégia adequada para este comportamento. No entanto, a escola 1 revelou mais tendência para a considerar positiva do que a escola 2. Quanto às restantes estratégias, salientamos que a escola 1 mostrou mais tendência para considerar a estratégia “Repreendê-lo...” negativa, do que a escola 2, e que na estratégia “Optar por sentá-lo ao lado de um colega que o incentive”, também a escola 1 revelou mais tendência para a considerar positiva, embora na generalidade os professores a tivessem considerado uma estratégia pouco adequada.

Os professores não acreditam que o facto de se utilizar uma tarefa diferente possa estimular o aluno com PHDA, pois se ele já faz tudo de forma descuidada e desordenada, os professores não acreditam que por ter uma tarefa diferente o seu comportamento possa melhorar.

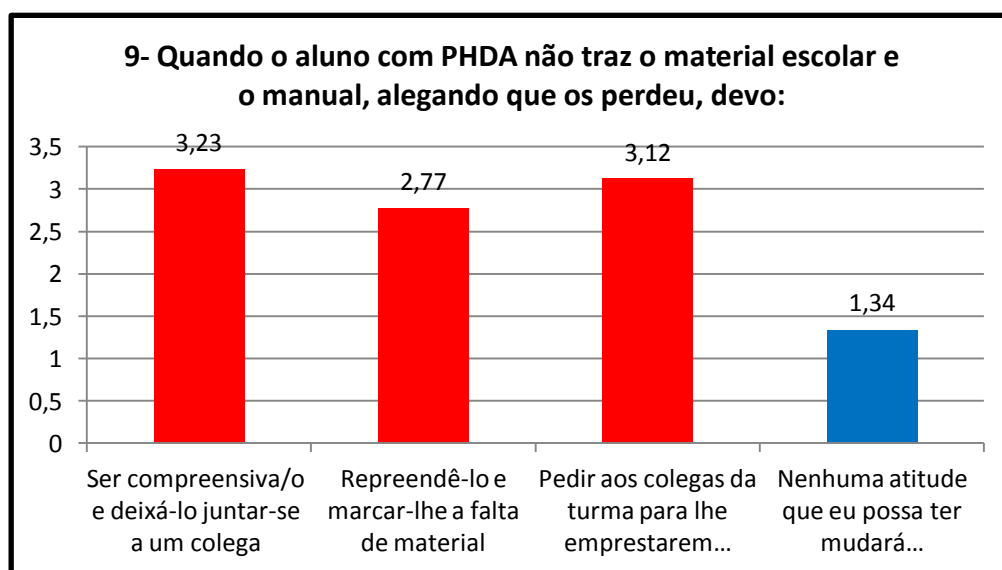
Gráfico nº. 9- Análise à pergunta 8



Fazendo a análise ao gráfico 8, concluímos que as estratégias “Falar num tom mais elevado” e “Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula...” não reuniram o consenso dos professores, pois os professores consideraram ambas as estratégias negativas ou pouco adequadas. Verificámos que na escola 1 houve uma maior tendência de considerar a primeira estratégia referida como mais negativa, enquanto que a escola 2 mostrou mais tendência para considerar negativa a segunda estratégia referida.

Os professores não veem de forma agradável a possibilidade do aluno ter a matéria por escrito, talvez por considerarem que seja uma invasão aos seus próprios apontamentos, por acharem que assim o aluno não se irá aplicar mais, uma vez que já tem metade do seu estudo facilitado, ou até mesmo, porque seria muito injusto com os restantes colegas da turma.

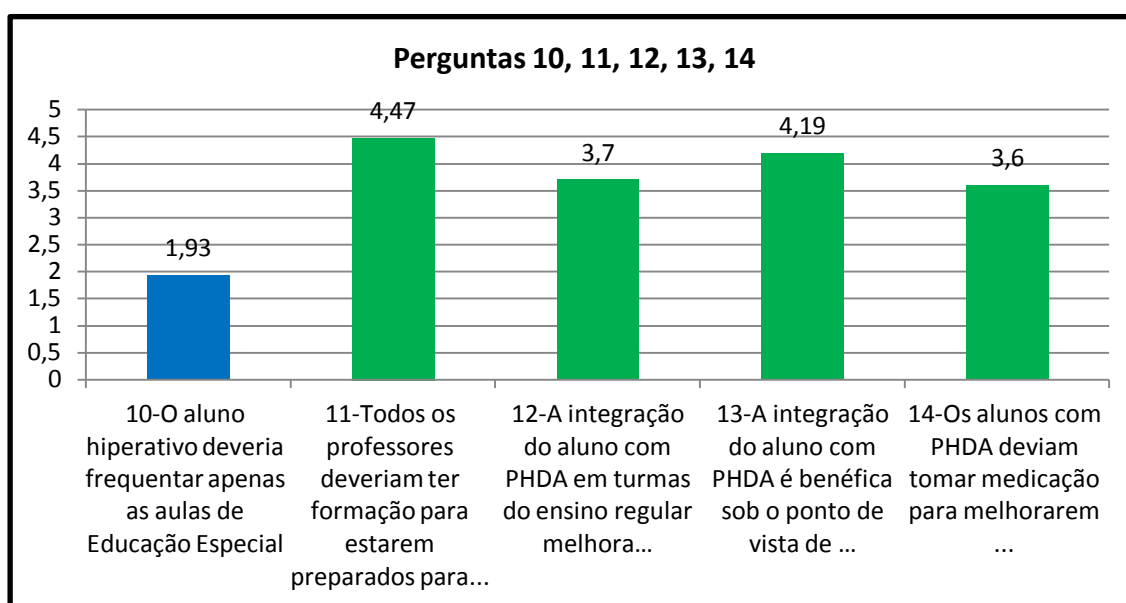
Gráfico nº. 10- Análise à pergunta 9



Da análise ao gráfico 9, pudemos concluir que a grande maioria das respostas não foi conclusiva, pois os professores rejeitaram as estratégias consideradas positivas e apenas reconheceram que não fazer nada seria uma estratégia a não tomar, visto que não iria alterar os comportamentos do aluno com PHDA. No entanto, verificou-se que na opção “Ser compreensivo e deixá-lo juntar-se a um colega” houve uma ligeira tendência na escola 1 para a considerar positiva contrariamente à escola 2, que a considerou negativa.

Na opção “Repreendê-lo e marcar-lhe falta de material” a escola 1 tendeu a considerar esta estratégia mais negativa comparando com a escola 2. Na opção “Pedir aos colegas da turma para lhe emprestarem o material em falta” a tendência na escola 1 foi para considerar esta estratégia positiva, enquanto que na escola 2 houve tendência para a considerar negativa.

Gráfico nº. 11- Análise às perguntas 10, 11, 12, 13 e 14



Na análise às restantes perguntas (10, 11, 12, 13 e 14) verificámos que os professores demonstraram que os alunos com PHDA não devem ser excluídos das turmas regulares (pergunta 10) e mostraram ter uma atitude positiva sobretudo no que toca ao aspeto de receberem formação para estarem preparados para lidar com estes alunos (pergunta 11). Daí o terem manifestado, em ambas as escolas, a necessidade de terem formação para darem respostas mais eficazes a estes alunos. (cf. Parker, 2003; e Rodrigues, 2008).

Em relação à questão sobre a integração dos alunos com PHDA nas turmas regulares ou apenas na Educação Especial (perguntas 10, 12 e 13), os docentes de ambas as escolas foram perentórios dizendo que a inclusão destes alunos deveria fazer-se e que até era benéfica do ponto de vista de socialização e do desempenho académico.

Apesar dos alunos com PHDA terem de ter o apoio de todos (cf. Rodrigues, 2008), inclusive da Educação Especial para melhorarem os seus comportamentos (cf. Barkley, 2000, citado por Rodrigues, 2008), a sua integração com os seus pares traz benefícios ao nível da inclusão social, do sucesso escolar e da autoestima (cf. Pinho, Mendes e Pereira, 2007; e Antunes, 2011) e também aprendem pela imitação como sugerem Barnett (1968,1981) e Ewer (1969) citados por Calafate (1989) ou como sugerem Dowdy, Patton, Smith & Polloway (1998), dizendo que este se deve sentar com um colega que o incentive ou ter um tutor que monitorize os seus comportamentos.

Os docentes devem entender que têm um papel primordial em todas as fases de identificação da PHDA (no diagnóstico e na avaliação), não apenas na intervenção.

Na fase de diagnóstico é necessário recolher os relatos dos comportamentos observados em casa e também na escola. (cf. Antunes, 2011; Selikowitz, 2010; e Parker, 2003).

Muitas vezes são aplicados questionários (cf. Antunes, 2011), para identificação dos comportamentos e a sua frequência, também aos professores, porque estes lidam com os alunos com PHDA diariamente e estão em posição de emitir a sua opinião acerca dos comportamentos destes alunos na escola.

Só através do contributo de todos se pode fazer um diagnóstico correto (cf. Miranda e Santamaria, 1986, citados por Vásquez, in Bautista, 1997) e depois adequar estratégias ou diferentes formas de intervenção a cada indivíduo, a cada comportamento e a cada contexto. (cf. Martins, 2008).

Também no momento da avaliação, os professores são chamados a participar em conjunto com os pais e o médico para se fazer uma avaliação correta da PHDA. (cf. Selikowitz, 2010; Barkley, 1991, Lopes, 2003, Rohde & Halpern, 2004, citados por Moura, 2008; e Velasco Fernández, 1980, citado por Vásquez, in Bautista, 1997).

Os professores são, por isso, chamados a fornecer dados sobre o comportamento da criança, indicando possíveis sinais de alerta, através do preenchimento de escalas/ testes/ *checklists*. (cf. Moura, 2008; e Vásquez, in Bautista, 1997).

Na análise da pergunta 14 concluímos que os professores concordaram que a medicação melhora os comportamentos dos alunos com PHDA, pois são os professores que muitas vezes dão indicações dos sinais de alerta e que apontam um possível diagnóstico de PHDA.

Como nos dizem Sosin e Sosin (2006:92) “Ninguém está em melhor posição para monitorizar os efeitos reais da medicação que o professor (...).”

Na verdade, a medicação ajuda muito na redução de sintomas como a desatenção/ falta de concentração e hiperatividade (cf. Antunes, 2011; e Rodrigues, 2008) e na reposição dos neurotransmissores responsáveis por um défice nas funções executivas do cérebro. (cf. Langleben et al., 2002, citado por Moura, 2008).

No entanto e apesar das vantagens do uso da medicação, esta só por si não é suficiente para tratar todos os sintomas da PHDA.

É, por isso, necessário, para além do treino das famílias, a implementação de tratamentos de intervenção comportamental (dentro e fora da escola) e do trabalho de intervenção de uma equipa multidisciplinar. (cf. Rodrigues, 2008; e Parker, 2003) e, acima de tudo, fazer adaptações à sala de aula, às regras, às tarefas, ... e aplicar estratégias que possam verdadeiramente promover a modificação ou extinção dos comportamentos disruptivos, promovendo, assim, o sucesso académico destes alunos. (cf. Lopes, 2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007; Gomes e Ambrósio, 2008; Rodrigues, 2008; Vásquez, in Bautista, 1997; Rief & Heimburge, 2000; e Dowdy, Patton, Smith & Polloway, 1998).

Concluímos que na EBS Dr. Ângelo Augusto da Silva (escola 1), os resultados obtidos, na generalidade, foram melhores do que os obtidos na outra escola, apesar do

corpo docente ser mais envelhecido e com mais anos de tempo de serviço, foi notória a preocupação com o bem-estar dos alunos e a utilização de estratégias consideradas positivas por muitos autores (cf. Vásquez, in Bautista, 1997; Rodrigues, 2008; Gomes e Ambrósio, 2008; Lopes, 2001, citado por Pinho, Mendes e Pereira, 2007; Rief & Heimburge, 2000; e Dowdy, Patton, Smith & Polloway, 1998), e que visam a modificação, melhoria e/ou a extinção dos comportamentos desadequados, o que comprova que os professores tendo mais anos de experiência e estando motivados para a sua profissão investem mais nela e nos seus alunos. Da comparação dos resultados, concluímos que os docentes da EBS Dr. Ângelo Augusto da Silva estão mais bem preparados para intervir perante os comportamentos disruptivos dos alunos com PHDA.

De salientar que a atitude de repreender foi a mais escolhida, em ambas as escolas, apenas na questão que dizia respeito às atitudes verbais e físicas menos corretas (pergunta 4) que o aluno com PHDA tivesse.

Em todas as outras perguntas, houve sempre uma tendência de resposta, em ambas as escolas, para a escolha de estratégias de intervenção adequadas.

Podemos então concluir, da análise feita e dos resultados obtidos, que os professores e as escolas estão a caminhar para a verdadeira mudança de mentalidades e que os programas e conteúdos deverão ser adaptados de forma a permitir o sucesso escolar de todos os alunos, não apenas os que têm PHDA. (cf. Parker, 2003; Declaração de Salamanca, 1994; e D.L. nº. 3/2008 de 7 de janeiro).

Capítulo 12: Limitações ao estudo

12.1. Limitações do estudo

O presente estudo teve algumas limitações, sobretudo pela falta de colaboração de parte do corpo docente das escolas escolhidas como objeto de estudo e investigação. A não total colaboração dos docentes ocorreu por inúmeras e variadas razões:

- Falta de tempo- podendo este aspeto ter originado alíneas sem resposta;
- Falta de vontade de colaborar;
- Falta de conhecimentos sobre PHDA - podendo neste aspeto falar-se do efeito perturbador de algumas questões e a resistência à ideia de uma educação inclusiva;
- Não querer responder por alegar não ter/nunca ter tido alunos com PHDA;
- Recusa total em responder ao inquérito, sem apresentar um argumento válido.

Outro aspeto que, em nosso entender, deve ser considerado também como limitador deste estudo é o curto período de tempo para a realização desta investigação.

Em relação à falta de colaboração dos docentes, podemos dizer que de entre os que participaram, houve um grande número que não deu resposta a alguma(s) questão(ões), revelando desinteresse, falta de conhecimentos sobre a PHDA e falta de tempo.

Algumas perguntas podem ser consideradas perturbadoras, isto é, quando uma pergunta é considerada como uma ameaça para o inquirido. Habitualmente, este efeito perturbador pode ser reconhecido em perguntas em que o inquirido considere que irá expor aspetos que podem resultar em rejeição social.

A propósito do efeito perturbador das perguntas Sudman e Bradburn (1982), citados por Foddy (1999:140) sugerem que:

“o carácter perturbador de uma pergunta é comparável ao nível de inquietação que provoca nos inquiridos. No entanto, não conseguem explicar porque é que algumas produzem mal-estar, à excepção de sugerirem implicitamente que tais perguntas são percebidas pelos inquiridos como susceptíveis de gerarem respostas «socialmente correctas» ou «socialmente desejáveis».”

Uma das formas de reduzir o seu efeito perturbador passa por dizer aos inquiridos que a informação que estão a fornecer é confidencial, dando-lhes assim alguma segurança nas respostas dadas. Outro procedimento igualmente recomendável para reduzir este efeito perturbador é a utilização de vocabulário próximo ou conhecido do inquirido. (cf. Foddy, 1999).

O investigador deverá conhecer os seus inquiridos para prever eventuais perguntas perturbadoras e reduzir esse nível de perturbação, por forma a obter respostas legítimas e verdadeiras.

Um aspeto muito notório ao longo da investigação é o de os professores olharem com alguma desconfiança para o instrumento de análise - o questionário - por o entenderem como uma invasão à sua opinião pessoal, por causa dos seus poucos conhecimentos sobre PHDA e suscetível de ferir as suas sensibilidades, em relação a um assunto como a inclusão e aceitação de alunos com NEE, mais especificamente de alunos com PHDA.

Sousa (2005) apresenta a opinião de outros autores ao dizer que as atitudes dos próprios inquiridos podem ser uma limitação ao estudo, pois quando respondem ao questionário, surgem muitas vezes aspetos, muito importantes, que devem ser levados em linha de conta.

“Segundo Aaker e Day (1990) e Vicente, Reis e Ferrão (1996) os erros que mais frequentemente podem surgir por parte dos inquiridos (...) são:

- Ignorância – quando um sujeito não está habilitado a responder às questões que lhe são colocadas, por não compreender a pergunta, não possuir a informação ou os conhecimentos necessários para o fazer.
- «Omitting» - quando o sujeito não dá uma resposta, porque não se lembra do assunto, porque não está com disposição para se esforçar, porque está com pressa ou porque não está interessado em participar no inquérito.
- Privacidade – quando os inquiridos sentem que as perguntas são demasiado pessoais e ameaçam a sua intimidade, podem não responder ou responder propositadamente errado.
- Receio – sobretudo quando se tratam de situações delicadas, de carácter profissional.
- Falta de tempo- o que leva a falta de precisão nas respostas.
- Prestígio – alguns inquiridos exageram ou falseiam as suas respostas com o propósito de aumentarem o seu prestígio aos olhos do entrevistador.

- Cortesia – o desejo de se mostrar cooperativo (...) pode também enviesar algumas respostas.
- Desconhecimento do tema – quando o inquirido dá respostas apesar de desconhecer por completo o tema.” (Sousa, 2005:156-157, com adapt.).

No entanto, e apesar de alguns obstáculos, o questionário foi entregue aos professores. No mesmo era referido que se assegurava a confidencialidade dos dados, assim como, o anonimato. Fizemos uma nota explicativa acerca do objetivo deste questionário, aquando da sua distribuição, justificando que serviria para fundamentar uma investigação, no âmbito da elaboração de uma tese de Mestrado.

Capítulo 13: Ética da Pesquisa

13.1. *Ética da Pesquisa*

Todos os trabalhos científicos, ou de qualquer outro cariz, devem obedecer a um conjunto de normas de escrita e publicação, devendo pautar-se por um princípio ético.

A Ética da Pesquisa relaciona-se com a necessidade de obedecer a princípios éticos na realização de trabalhos de investigação, pelo que é essencial referir que os estudantes e investigadores devem estar atentos ao pormenor das falsificações, plágios ou outras práticas consideradas incorretas, como seja a identificação e publicação de autores apenas para sustentação das hipóteses formuladas.

“ (...) não se plagia e não se cita fontes que se desconhece. O plágio é sempre descoberto.” (Diniz, 2005:186, in Diniz, Guilhem e Schüklenk, 2005).

Um dos principais problemas diz respeito ao tratamento e interpretação dos dados, que pode ser feito de forma incorreta apenas para corresponder à questão de investigação, o que não é considerado eticamente correto.

Depois há outros fatores a ter em conta, de forma a tornar a investigação ética, nomeadamente, o direito à confidencialidade, ao anonimato e à privacidade dos inquiridos. Em relação a este último aspeto podemos defini-lo como uma espécie de ameaça sentida pelos inquiridos, por considerarem que as questões são demasiado pessoais e que afetam a sua intimidade. (cf. Aaker e Day, 1990; Vicente, Reis e Ferrão, 1996, citados por Sousa, 2005).

Só de uma análise correta dos dados e do respeito pelos inquiridos podemos aferir a verdade e obter um estudo válido.

Para uma melhor compreensão do que é a Ética, deve começar-se com a definição deste vocábulo. A palavra ética³⁵ deriva do grego *ethiké* e do latim *ethica* e refere-se a um conjunto de princípios morais por que os indivíduos regem a sua conduta pessoal ou

³⁵ Cf. Dicionário da Língua Portuguesa on-line da Porto Editora.

profissional; e ainda, como ciência filosófica, é definida como disciplina que procura determinar a finalidade da vida humana e os meios de a alcançar, preconizando juízos de valor que permitem distinguir entre o bem e o mal.

“Segundo Aristóteles, o comportamento humano é o grande fator distintivo da ética, vale dizer, o modo como o ser humano age diante de si mesmo e de terceiros é o que determina se sua conduta é ética ou não.” (Aristóteles, 2001, citado por Tagata, 2008:34-36).

Em cada sociedade existe um conjunto de normas de ética - o código de ética -, que estabelece o que é permitido ao nível das normas de ética para a pesquisa científica.

As normas da APA (American Psychological Association) não são mais do que linhas orientadoras para os trabalhos de investigação científica, que devem ser seguidas e que são uma espécie de código ético ao qual se deve obedecer na publicação de trabalhos de cariz científico. (cf. Diniz, in Diniz, Guilhem e Schüklenk, 2005).

No presente estudo foram respeitadas as normas da APA e não houve plágio. A investigação foi ética, pois respeitou os direitos dos inquiridos e os dados foram analisados e interpretados com o devido cuidado para se obterem os resultados mais próximos da realidade, independentemente do esperado pela autora deste estudo.

Conclusão

A realização deste estudo possibilitou-nos uma visão sobre os conhecimentos que os professores do ensino regular têm acerca dos alunos com PHDA e se sabem ou não como intervir.

Verificámos que os professores sabem como intervir face aos comportamentos dos alunos com PHDA, na maioria das situações, demonstrando quase sempre atitudes positivas e recusando as atitudes mais negativas, como a repreensão ou o não fazer nada e ignorar os comportamentos destes alunos.

Pelas características destes alunos, pela sua hiperatividade, impulsividade e défice de atenção, devem os professores do ensino regular estar cada vez mais apetrechados de instrumentos e estratégias que lhes permitam atuar perante os comportamentos destes alunos da melhor maneira, de forma a promover a melhoria dos seus comportamentos e consequentemente do seu desempenho académico.

Os professores devem, por isso, procurar formação adequada e específica na área das necessidades educativas especiais para saberem dar resposta à heterogeneidade de alunos que se apresentam nas suas turmas.

Também se torna necessária a mudança de mentalidades, de um trabalho conjunto de todos (pois só a medicação por si não produz os efeitos desejados), pois a escola inclusiva deve deixar de ser apenas uma simples burocracia para se passar à prática, traduzindo-se no sucesso educativo de todos os alunos e na sensibilidade dos futuros cidadãos.

Concluímos desta forma, que os professores do ensino regular estão a caminhar no sentido da sua própria formação pessoal e na utilização de estratégias acertadas que contribuem para o sucesso educativo e para a inclusão plena de todos os alunos e que sabem, de facto, aplicar estratégias de intervenção adequadas para melhorar e prevenir comportamentos disruptivos de alunos com PHDA nas turmas regulares.

Linhas futuras de investigação

No final desta investigação, consideramos que haverá possibilidade de se poder alargar, futuramente, este estudo.

Perante a reduzida amostra de professores e não se podendo generalizar os resultados a todas as escolas da ilha da Madeira, seria proveitoso aumentar a amostra da investigação alargando este estudo, num futuro próximo, através de uma investigação mais longitudinal, a todas as escolas da ilha da Madeira, de forma a aferir a realidade sobre os conhecimentos que os professores do ensino regular possuem para lidar com alunos com PHDA.

Bibliografia

A Parent's Guide to Diet, ADHD & Behavior. (1999), Center for Science in the Public Interest. Washington e Toronto. Acedido em 23 de setembro de 2012, em: http://www.cspinet.org/new/adhd_bklt.pdf.

Almeida, L. e Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 4ª. Edição, Psiquilibrios. Braga.

Antunes, N. L. (2011). *Mal-entendidos: da Hiperactividade à Síndrome de Asperger, da Dislexia às Perturbações do sono. As respostas que procura*. 5ª. edição, Verso de Kapa. Lisboa.

Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva. *Áreas de Intervenção*. Acedido em 21 de julho de 2012, em: http://www.apdch.net/areas_intervencao.html.

Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. 3ª. edição, Guilford Publications. New York.

Boriril, J. (2000). *All About ADHD-A booklet for those wanting to know more about Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. The Mental Health Foundation. London. Acedido em 23 de setembro de 2012, em: http://www.mentalhealth.org.uk/content/assets/PDF/publications/all_about_adhd.pdf?view=Standard.

Botelho, M. C. e Laureano, R. (2012). *SPSS-O meu manual de consulta rápida*. 2ª. edição, Edições Sílabo. Lisboa.

Boyles, S. (2011, 12 de dezembro). *ADHD drugs not linked to increase heart risks in adults*. WebMD Health News. Acedido em 22 de julho de 2012, em:

<http://www.webmd.com/add-adhd/news/20111211/adhd-drugs-not-linked-to-increased-heart-risk-in-adults>.

Calafate, L. C. (1989). Biologia e Educação-Biologia e Comportamento em Jean Piaget: O ambiente social e o desenvolvimento dos comportamentos aprendidos. *Revista Inovação*. 4:454-466.

Carreteiro, R. (2009, 13 de junho). *Dislexia: uma perspectiva psicodinâmica*. Acedido em 18 de julho de 2012, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0481.pdf>.

Child Mind Institute. (2011, 14 de junho). *ADHD: The Pros and Cons of a Drug Holiday- Should kids go off stimulant medication in the summer?*. Acedido em 22 de julho de 2012, em: <http://www.childmind.org/en/posts/articles/2011-6-14-kids-adhd-meds-pros-cons-drug-holiday>.

Ciberdúvidas da Língua Portuguesa. Acedido em 16 de setembro de 2012, em: <http://www.ciberduvidas.pt/pergunta.php?id=19132>.

CID-10 online. (1993). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde*. Acedido em 1 de julho de 2012, em: http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/.

Coelho, L., Chaves, E., Vasconcelos, E.S., Fonteles, M., De Sousa, F. e Viana, G. (2010). Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) - Aspectos Neurobiológicos, Diagnóstico e Conduta Terapêutica [versão eletrónica]. *Acta Médica Portuguesa*, 23: 689-696. Acedido em 21 de setembro, em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/4/689-696.pdf>.

Cook, T. D. e Reichardt, Ch. S. (2005). *Métodos Cualitativos e Cuntitativos en investigación Evaluativa*. 5ª. edição, Ediciones Morata. Madrid.

Costa, M.H. e Paixão, M.F. (2004). Investigar na e sobre a acção através de diários de formação. Procura e compreensão de processos de mudança na prática pedagógica. Em: Pereira, A., Santiago, R. e Oliveira, L. (eds). *Investigação em Educação-Abordagens conceptuais e práticas*. Colecção Cidine, Porto Editora. Porto.

Daviss, W.B. (2008). A Review of Co-Morbid Depression in Pediatric ADHD: Etiologies, Phenomenology, and Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. **18**:6, 565-571. Acedido a 10 de agosto de 2012, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2699665/>.

Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação na área das Necessidades Educativas Especiais (1994). *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade*. UNESCO. Espanha. Acedido em 29 de junho de 2012, em: http://redeinclusao.web.ua.pt/files/fl_9.pdf.

Decreto-Lei nº. 3/2008 de 7 de janeiro. *Diário da República nº.4/2008 – I Série*. Ministério da Educação. Lisboa.

Dicionário da Língua Portuguesa online da Porto Editora. Acedido em 17 de Julho de 2012, em: <http://www.portoeditora.pt/espacolingua/portuguesa/dol/dicionarios-online/>.

Dicionário da Língua Portuguesa online – Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Acedido em 17 de Julho de 2012, em: <http://www.priberam.pt/dlpo/>.

Dicionário de Inglês-Português online da Porto Editora. Acedido em 17 de julho de 2012, em: <http://www.infopedia.pt/ingles-portugues/checklist>.

Diniz, D., Guilhem, D. e Schüklenk, U. (2005) Ética na Pesquisa-Experiência de treinamento em países sul-africanos. *A Ética e o Ethos da Comunicação Científica*, Editora Unb. Brasília. Acedido em 30 de agosto de 2012, em: <http://www.udo-schuklenk.org/files/etica.pdf>.

DiPiro, J., Wells, B., Schwinghammer, T. e DiPiro, C. (2011). *Pharmacotherapy-A Pathophysiologic Approach*. Capítulo 72. 8ª. Edição, McGraw-Hill. E.U.A. 1087-1100.

Dowdy, C., Patton, J.; Smith, T. & Polloway, E. (1998). *Attention Deficit/ Hiperactivity Disorder in the Classroom. A practical Guide for Teachers*. Pro-Ed. Austin, Texas.

DSM-IV-TR online. (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª. Edição. American Psychiatric Association (APA). Acedido em 1 de julho de 2012, em: http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php.

Ferreira, J. (2008). Por Detrás da Hiperactividade. *Diversidades*, 21:33-34.

Fisher, B. C. e Beckley, R.A. (1999). *Attention Deficit Disorder: Practical Coping Methods*. CRC Press LLC. Florida.

Foddy, W. (1999). *Como perguntar: teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*, Celta Editora. Oeiras.

Fonseca, J. (2008). Os Métodos Quantitativos na Sociologia: Dificuldades de uma Metodologia de Investigação. Em: *VI Congresso Português de Sociologia*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. 25-28 de junho 2008. pp. 1-18.

Germanò, E., Gagliano, A. M.D. e Curatolo, P. (2010). Comorbidity of ADHD and Dyslexia. *Developmental Neuropsychology*. **35**:5, 475-493.

Gomes, A. e Ambrósio, A. (2008). Estratégias para a PHDA em Contexto Escolar. *Diversidades*, **21**: 29-32.

Jacobson, M.F., Schardt, D. (1999). *Diet, ADHD & Behavior – A Quarter-Century Review*, Center for Science in the Public Interest. Washington, D.C. Acedido em 23 de setembro de 2012, em: <http://www.cspinet.org/new/pdf/dyesreschbk.pdf>.

Jones, M. (2000). *Hiperactividade: como ajudar seu filho*, Vega Books. Londres. Reino Unido. Acedido em 1 de julho de 2012, em: <http://books.google.pt>.

Khurana, M. & Schubiner, H. (2007, Maio). Perturbação de deficiência da atenção/hiperactividade nos adultos: abordagem nos cuidados primários de saúde [versão electrónica]. *Patient Care*, 49-56. In Associação Portuguesa da Criança Hiperactiva. Medicação. Acedido em 21 de julho de 2012, em: http://www.apdch.net/documentos/artigo_da_ritalina.pdf.

Kutscher, M. L. (2011). *Crianças com Síndromes Simultâneas – Um guia essencial para pais, professores e outros profissionais*. Coleção Educação Especial, nº. 19, Porto Editora. Porto.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. e Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa-Fundamentos e Práticas*. 4ª. Edição, Instituto Piaget. Lisboa.

Lino, T. A. (2005). *Distúrbio do Défice de Atenção*. Tese de Licenciatura. Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa. Acedido em 14 de julho de 2012, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0041.pdf>.

Lopes, R. M., Nascimento, R.F. e Bandeira, D. (2005, junho). Avaliação do transtorno de défice de atenção/hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão da literatura [Versão electrónica]. *Avaliação Psicológica versão On-line*, v.4, nº.1, Porto Alegre. Acedido em 23 de julho de 2012, em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712005000100008&script=sci_arttext.

Manual del Usuario de SPSS Statistics Base 17.0. Acedido em 15 de dezembro de 2012, em: <http://web.udl.es/Biomath/Bioestadistica/SPSS/v17/SPSS%20Statistics%20Base%20User%27s%20Guide%2017.0.pdf>.

Manual Merck - *Biblioteca Médica Online*. Acedido em 18 de julho de 2012, em: <http://www.manualmerck.net/?id=116&cn=0>.

Martins, R.. (2008). A Criança Hiperactiva e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. *Diversidades*, **21**:19-29.

Moura, O. (2008). Avaliação Psicológica de Crianças Hiperactivas com Défice de Atenção. *Diversidades*, **21**: 4-9.

Nielsen, L.B. (1997). *Necessidades Educativas Especiais na sala de aula- Um guia para professores*. Coleção Educação Especial, nº. 3, Porto Editora. Porto.

Parker, H. C. (2003). *Desordem por défice de Atenção e Hiperatividade-Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais, Porto Editora. Porto.

Pinho, A., Mendes, L. e Pereira, M. (2007). *Perturbação Hiperactiva com Défice de Atenção - Um problema negligenciado*. Universidade Lusíada. Acedido em 13 de julho de 2012, em: <http://www.profala.com/arthiper9.htm>.

Pliszka, S. R., Crismon, M. L., Carroll, D., Hughes, W., Conners, C. K., Emslie, G., Jensen, P., McCracken, J., Swanson, J. e Lopez, M. (2006). The Texas Children's Medication Project: Revision of the Algorithm for Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder [Versão electrónica]. *Journal AM of the Academy of Child and Adolescent of Psychiatry*. 45:6, 642-657. Acedido em 21 de setembro de 2012, em: http://academicdepartments.musc.edu/psychiatry/research/cns/upadhyayareferences/Pliszka_2006.pdf.

Pocinho, M. e Figueiredo, J. P. (s/d). *SPSS: Uma ferramenta para análise de dados*. Acedido em 15 de janeiro de 2013, em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/manual_SPSS.pdf.

Purves, D. et al. (2004). *Neuroscience*. 3ª. edição, Sinauer Associates, Inc. Sunderland, USA. 129-164; 501-519.

Reabilitação Psicomotora. *Défice de atenção e hiperactividade-Psicomotricidade*. Acedido em 13 de julho de 2012, em: <http://blog.comunidades.net/dah-psicomotricidade/index.php?op=arquivo&idtopico=3152143>.

Richardson, W. (s/d.). *AD/HD and Simulant Medication Abuse*. In Attention Deficit Disorder Association. Acedido em 22 de julho de 2012, em: [http://www.add.org/page/ADHD and Stimulant/?hhSearchTerms=medication](http://www.add.org/page/ADHD%20and%20Stimulant/?hhSearchTerms=medication).

Rief, S.F. e Heimbuge, J. A. (2000). *Como Ensinar Todos os Alunos na Sala de Aula Inclusiva – Estratégias prontas a usar, lições e actividades concebidas para ensinar alunos com necessidades de aprendizagem diversas*. Colecção Educação Especial, II volume, nº. 12, Porto Editora. Porto.

Rodrigues, A. (2008). Intervenção Multimodal na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. *Diversidades*, **21**: 9-18.

Rodrigues, D. (2003). *Perspectivas sobre a Inclusão- Da Educação à Sociedade*. Colecção Educação Especial, nº. 14, Porto Editora. Porto.

Rooper, A. H. e Samuels, M. A. (2009). *Adams & Victor's Principles of Neurology*. 9ª. Edição, McGraw-Hill. USA.

Selikowitz, M. (2010). *Défice de Atenção e Hiperactividade*, Texto Editores. Alfragide.

Shaw, P., Malek, M., Watson, B., Sharp, W., Evans, A. e Greenstein, D. (2012, 1 de agosto). Development of Cortical Surface Area and Gyrification in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (Brain Development is Delayed in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder). *Biological Psychiatry*, 72. Issue 3 doi: 10.1016/j.biopsych.2012.01.031. Acedido a 30 de setembro de 2012, em: <http://neurosciencenews.com/adhd-brain-development-delayed-attention-deficit-hyperactivity-disorder/>.

Speert, D. (Eds). (2012). *Brain Facts: A Primer on the Brain and Nervous System*. 7ª. Edição, Society for Neuroscience. Washington D.C., USA.

Sosin, D. e Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*, Porto Editora. Porto.

Sousa, A. B. (2005). *Investigação em Educação*. 1ª. Edição, Livros Horizonte. Lisboa.

Sousa, F. (1959). *Novo Dicionário Latino-Português*, Lello & Irmão, Editores. Porto.

Tagata, C. M. (2008, janeiro/junho). Ética na pesquisa científica - o papel do professor na construção de um cidadão ético. *Revista de Ciências. Jurídicas e Sociais da UNIPAR*, v. 11, n. 1, p. 115-125. Acedido em 31 de agosto de 2012, em: <http://www.praticadapesquisa.com.br/2010/11/etica-na-pesquisa-cientifica.html>.

Testes psicológicos. Acedido em 21 de julho de 2012, em: <http://www.minddisorders.com/Py-Z/Thematic-Apperception-Test.html>.

Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.

Vásquez, I. (1997). *Hiperactividade: Avaliação e Tratamento*. Em Bautista, R. (Eds.), *Necessidades Educativas Especiais*. 1ª. Edição, Dinalivro. Lisboa.

Veigas, J. e Gonçalves, M. (2009, 17 de julho). *A influência do exercício físico na ansiedade, depressão e stress*. Acedido em 18 de julho de 2012, em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0485.pdf>.

Your Child & ADHD- A guide for parents. (s/d). Aspen Education Group. Acedido em 23 de setembro de 2012, em: <http://www.4-adhd.com/yourchildandadhd.pdf>.

Apêndice

Apêndice 1 - Questionário**Questionário**

O presente questionário pretende sondar os professores acerca dos seus conhecimentos sobre PHDA. O questionário é anónimo e confidencial e a utilização dos dados nele presentes visa a fundamentação de uma tese de Mestrado. Note que não há respostas certas ou erradas.

1. **Género:** Masculino _____ Feminino _____
2. **Idade:** 20-29 _____ 30-39 _____ 40-49 _____ 50-59 _____ +60 _____
3. **Anos de serviço:** 0-10 _____ 11-20 _____ 21-30 _____ 31-35 _____
4. **Nível de Ensino:** 2º Ciclo _____ 3º Ciclo _____ Secundário _____
5. **Já teve alunos com Hiperatividade (PHDA) nas suas turmas?** Sim _____ Não _____

Pretendemos auscultar a sua opinião relativamente a cada uma das afirmações. Assim, solicitamos que assinale com uma cruz (X) o quadrado que considerar mais adequado, de acordo com a escala:

1 - Discordo totalmente **2** – Discordo em parte **3** - Não concordo nem discordo **4**- Concordo parcialmente
5- Concordo Totalmente

1	Quando o aluno com PHDA mostra ter dificuldades em terminar um trabalho/tarefa, devo:	1	2	3	4	5
	o Sentá-lo ao lado de um colega mais esperto que o incentive.					
	o Ajudar o aluno de forma individual.					
	o Dividir o trabalho em partes mais pequenas.					
	o Reduzir a quantidade de TPC nesse dia.					
	o Repreender o aluno.					
	o A minha ação é irrelevante.					
2	Quando o aluno com PHDA interrompe as atividades que estão a decorrer na sala de aula, devo:	1	2	3	4	5
	o Repreendê-lo.					
	o Relembrar ao aluno as regras da sala.					
	o Ensiná-lo que deve levantar a mão quando pretende falar.					
	o Negociar com o aluno uma recompensa, se tiver um bom comportamento.					
	o Nada do que eu faça pode ter alguma influência.					
3	Quando o aluno com PHDA não obedece às regras da sala de aula, devo:	1	2	3	4	5
	o Mandá-lo sair da sala de aula.					
	o Relembrar as regras ao aluno.					
	o Dar reforços positivos imediatos, quando as cumpre.					
	o Criticar o aluno, por não se saber comportar.					
	o Nada do que eu faça mudará a sua atitude.					
4	Quando o aluno com PHDA tem atitudes (verbais e físicas) menos corretas, devo:	1	2	3	4	5
	o Repreendê-lo.					
	o Mandá-lo sair da sala de aula, com falta disciplinar.					
	o Explicar ao aluno as consequências dos seus atos.					
	o Relembrar as regras da sala de aula.					
	o Elogiar os comportamentos adequados, sempre que os tem, para desincentivar os menos adequados.					
	o Não faço nada. Ignoro as suas palavras e atitudes.					

Conhecimentos dos professores do ensino regular sobre a Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção

5	Quando o aluno com PHDA mostra ter dificuldades em controlar o tempo na realização de tarefas, devo:	1	2	3	4	5
	o Colocar o aluno com outro mais esperto para que este o incentive.					
	o Ensinar o aluno a manter-se focado e cumprir horários.					
	o Alternar atividades mais ativas com outras mais paradas.					
	o Adequar a extensão das fichas e testes.					
	o Não faço nada. Retiro-lhe a tarefa, mal acaba o tempo da aula.					
6	Quando o aluno com PHDA não sabe aplicar conhecimentos anteriormente adquiridos, devo:	1	2	3	4	5
	o Irritar-me e dizer-lhe que deve estudar mais.					
	o Permitir que ele consulte os apontamentos sobre a matéria.					
	o Utilizar estratégias de memória e mnemónicas para o ajudar a não esquecer.					
	o Chamar mais vezes o aluno ao quadro ou interrogá-lo oralmente, para ele não esquecer a matéria.					
	o Ignorar o aluno e faço a pergunta a outro.					
	o Ensinar o aluno de que deve usar um caderno para tirar apontamentos e usar palavras-chave para mais fácil memorização.					
	o Nada do que eu possa fazer poderá melhorar a sua situação.					
7	Quando o aluno com PHDA faz os trabalhos/ tarefas muito depressa e de forma descuidada, devo:	1	2	3	4	5
	o Dar-lhe uma tarefa diferente, para o estimular.					
	o Repreendê-lo, porque não tem emenda. É um trapalhão.					
	o Optar por sentá-lo ao lado de um colega que o incentive.					
	o Monitorizar o aluno, para o controlar e verificar a qualidade do seu trabalho.					
	o Não faço nada.					
8	Quando o aluno com PHDA parece não ouvir o que lhe está a ser dito, devo:	1	2	3	4	5
	o Repreendê-lo.					
	o Ser compreensiva/o e repetir a matéria.					
	o Sentá-lo mais à frente.					
	o Falar num tom de voz mais elevado.					
	o Entregar-lhe por escrito tudo o que é dito na aula, para que ele acompanhe a matéria e não se distraia.					
	o Deslocar-me mais pela sala de aula para manter a visibilidade.					
	o Ignoro-o.					
9	Quando o aluno com PHDA não traz o material escolar e o manual, alegando que os perdeu, devo:	1	2	3	4	5
	o Ser compreensiva/o e deixá-lo juntar-se a um colega.					
	o Repreendê-lo e marcar-lhe falta de material.					
	o Pedir aos colegas da turma para lhe emprestarem o material em falta.					
	o Nenhuma atitude que eu possa ter mudará as suas atitudes.					
10	O aluno hiperativo deveria frequentar apenas as aulas de Educação Especial.					
11	Todos os professores deveriam ter formação para estarem preparados para lidar com esta problemática.					
12	A integração do aluno com PHDA em turmas do ensino regular melhora os seus comportamentos académicos.					
13	A integração do aluno com PHDA é benéfica sob o ponto de vista de socialização.					
14	Os alunos com PHDA deviam tomar medicação para melhorarem os seus comportamentos.					

Obrigado pela sua colaboração!

Anexos

Anexo 1 - Número de pessoal docente da EBSAAS



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
ESCOLA BÁSICA E SECUNDÁRIA DR. ÂNGELO AUGUSTO DA SILVA
Código 3103206

Número do pessoal docente por grupo disciplinar

Ano letivo de 2012-13

Atualmente o estabelecimento de ensino tem um corpo docente muito estável e conta com os seguintes professores:

Grupo	Total de docentes Quadro de escola (QE)/ Quadro de Zona (QZ) Contratados	Total de docentes no grupo	Total de docentes a lecionar	Docentes da escola que estão Destacados/ Requisitados/Afetos noutro organismo/ Licença sem vencimento (LSV)	De outro organismo a exercer nesta escola
110- Educação Especial- 1º. Ciclo do Ensino Básico	CTI- 1	1	1	-	CTI-Destacamento-1
200-Port./Estudos Sociais/História	CTI - 2	2	2	-	CTI – Destacamento- 2
240- Educação Visual e Tecnológica	CTI-1	1	1	-	-
250 – Educação Musical	CTI- 4 CTR-2	6	3	CTI-Destacamento- 2	CTI-Destacamento-1 Prof. Profissionalizado- Afecção-1
260- Ed. Física – 2º Ciclo	CTI- 2	2	2	-	CTI-Destacamento- 1
290-Educação Moral Religiosa Católica	CTI- 1	1	1	-	-
300 - Português	CTI- 16 CTR - 2	18	14	CTI-Destacamento – 2 CTR-Afecção-1 CTI-Requisitado - 1	CTI-Destacamento – 2
320-Francês	CTI- 13 CTR- 1	14	13	CTI-Afecção-1	CTI-Destacamento – 1
330-Inglês	CTI-16	16	16	-	-

Conhecimentos dos professores do ensino regular sobre a Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção

400 – História	CTI- 7	7	7	-	-
410 – Filosofia	CTI-10	10	9	CTI- Requisitado-1	-
420 - Geografia	CTI - 7	7	7	-	CTI-Destacamento – 1
430 – Economia e Contabilidade	CTI-5 Prof. Profissionalizados-4	9	7	Prof. Profissionalizados- CTI-Afetação- 2	-
500 – Matemática	CTI– 18	18	16	CTI – Destacamento – 2	CTI – Destacamento-1
510 – Física e Química	CTI - 9	9	9	-	-
520 – Biologia/ Geologia	CTI– 11 CTR - 1	12	10	CTI – Destacamento – 1 CTR-Afetação – 1	-
530 – Educação Tecnológica	CTI – 12 CTR – 2	14	14	-	-
550 – Informática	CTI – 5 CTR – 2	7	4	CTI-Requisitado-1 CTI-Afetação – 2	-
600 – Artes Visuais	CTI– 12 CTR - 2	14	9	CTI – Requisitados – 1 CTI – Destacamento – 2 CTR-Afetação – 1	Prof. Profissionalizado- Afetação – 1
620- Educação Física	CTI – 18 CTR - 6	24	14	LSV- CTI– 1 CTR-Afetação – 5 CTI – Destacamento – 4	CTI -Requisitados – 1 CTI-Destacamento – 1
700 – Educação Especial	CTI-4 CTR-2	6	4	CTI-Destacamento-1 CTR-Afetação-1	CTI- Destacamento-2
Total	CTI-174 CTR-20 Prof. Profissionalizados- 4 Total 198	198	163	CTI – Destacamento – 14 CTI-Afetação – 14 CTI-Requisitados-4 LSV-CTI-1 Total 33	CTI-Destacamentos – 13 CTR-Afetação-2 CTI- Requisitado – 1 Total 16

NOTA: Os docentes anteriormente enquadrados nas categorias QE (Quando de Escola) e QZP (Quadro de Zona Pedagógica) são atualmente enquadrados na categoria de Contrato por Tempo Indeterminado (CTI). Os docentes cuja categoria profissional era Contratado com Contrato Administrativo de Provimento passam agora a ser designados por Contrato a Termo Resolutivo (CTR).

Anexo 2- Número de alunos da EBSAAS



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO E RECURSOS HUMANOS
ESCOLA BÁSICA E SECUNDÁRIA DR. ÂNGELO AUGUSTO DA SILVA
Código 3103206

Número de alunos

Ano letivo de 2012-13

A Escola conta atualmente com uma população de novecentos e noventa e quatro alunos.

É de salientar os aumentos significativos registados nos quintos, sextos, sétimos e oitavos anos e no Curso de Educação e Formação do tipo sete, sendo que nos restantes anos registaram-se diminuições.